Lane Medical Library
STANFORD UNIVERSITY JUN 1939 LIBRARY

Aus der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität München
Vorstand: Professor Dr. phil. et med. W. Brünings

Wie steht es mit der Frühdiagnose bösartiger Geschwülste der oberen Luft- und Speisewege?

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Wolf-Dieter Apelt
aus Freiburg i. Br.

1938

Aus der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität München
Vorstand: Professor Dr. phil. et med. W. Brünings

Wie steht es mit der Frühdiagnose bösartiger Geschwülste der oberen Luft- und Speisewege?

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Wolf-Dieter Apelt
aus Freiburg i. Br.
1938

Referent: Dozent Oberarzt Dr. A. Greifenstein

Meinen Eltern

Inhaltsangabe

	Seite
A. Einleitung	1
B. Die Tumorfälle der oberen Luft- und Speisewege.	
I. Geschwülste der Nase und ihrer Nebenhöhlen	3
II. Geschwülste des Epipharynx	10
III. Geschwülste des Mesopharynx	16
IV. Geschwülste des Hypopharynx	26
a) Hypopharynx-Tumoren im engeren Sinne	28
b) Äussere Kehlkopftumoren	30
V. Innere Kehlkopftumoren	34
VI. Speiseröhrenkrebse	40
C. Schlussbetrachtung	49
D. Schrifttum	62

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153721_0193

Die vorliegende Arbeit verfolgt den Zweck, eine Nachprüfung darüber anzustellen, ob die bösartigen Geschwülste im Bereich der Nase und ihrer Nebenhöhlen, sowie der oberen Luft- und Speisewege rechtzeitig erkannt und einer sachgemäßen Behandlung zugeführt werden. Unter „rechtzeitig" wird dabei derjenige Zeitpunkt verstanden, in dem die Geschwülste so sinnfällige Erscheinungen verursachen, dass auch der praktische Arzt, der mit den besonderen Untersuchungsarten des in Betracht kommenden Fachgebietes nicht völlig vertraut ist, zumindesten den Verdacht auf das Vorliegen einer bösartigen Neubildung aussprechen kann. Höhere Anforderungen bezüglich der rechtzeitigen Erkennung bösartiger Geschwülste müssen natürlich an den Facharzt gestellt werden. Die kritische Behandlung der diagnostischen Leistungen der ärztlichen Berufskameraden soll dabei selbstverständlich frei sein von jeder Überheblichkeit des Klinikers, der den Schwierigkeiten der Praxis volle Würdigung zuteil werden lassen will. Auch die Schuld, die den Kranken selbst an der zu späten Erkennung oder an der Verschleppung seines Leidens trifft, soll hervorgehoben werden. Nur das Abwägen dieser verschiedenen Ursachen einer zu späten Behandlung einer Geschwulst wird erkennen lassen, mit welchen Maßnahmen man dem erstrebenswerten Ziel der Frühdiagnose einer bösartigen Neubildung näherkommen kann. Es muss mit allem Nachdruck betont werden, dass auch die Voraussage im Stadium der Manifestation der Geschwulst, wenn die Kranken mit entsprechenden Beschwerden zum Arzt kommen, durchaus nicht etwa hoffnungslos ist, wenn nur jetzt die diagnostischen Möglichkeiten erschöpft werden, die Geschwulst als solche erkannt und sachgemäßer Behandlung unterworfen wird.

In der Zeit von Frühjahr 1936 bis zum Sommer 1937 wurden bei 100 Geschwulstkranken der Universitätsklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten besonders genaue Vorgeschichten erhoben, um die ersten Geschwulstsymptome, die erste ärztliche und fachärztliche Beratung und Diagnose zeitlich möglichst genau festzulegen. Unter dem gleichen Gesichtspunkte wurden weiterhin 40 Fälle von Speiseröhrenkrebs aus der Arbeit von R u d e r t aus den Jahren 1932 - 1936 berücksichtigt. Die Ausdehnung der Geschwulst bei der klinischen Aufnahme gestattete vielfach einen Rückschluss auf den Grad der Veränderungen anlässlich der vorausgegangenen Beratungen.

Als Grundlage zur Darstellung der Ergebnisse dienten Tabellen, in denen sämtliche 100 Krankengeschichten erfasst sind, geordnet nach dem jeweiligen Sitz der Geschwülste. (Mittels römischer Zahlen habe ich jeweils im Text auf die Bezifferung in diesen Tabellen hingewiesen.) Abgesehen von dem in den Tabellen angeführten Alter und Geschlecht der Patienten kam es mir darauf an, durch diese eine Übersicht zu erhalten, wie lange die einzelnen Kranken nach Auftreten von Beschwerden bis zum ersten Arztbesuch warteten, und welches jeweils die ersten Erscheinungen seitens der Neubildungen waren, die sie schließlich zu einem Arzte führten.

Aus zwei weiteren Rubriken der Tabellen ist zu entnehmen, ob und wie lange die Kranken beim praktischen Arzt oder bezw. und beim Facharzt in Behandlung standen, ob der praktische Arzt oder Facharzt zu einer richtigen Diagnose oder mindestens Vermutungsdiagnose kam oder nicht. Schließlich geht aus einer weiteren Spalte hervor, durch wen die richtige Diagnose sicher gestellt wurde, und nach welcher Zeit dies nach dem ersten Auftreten von Erscheinungen seitens der Geschwulst geschah. Bezüglich der Feststellung des Zei

punktes des Eintretens erster Beschwerden ist man natürlich ganz auf die Angaben der Kranken angewiesen. Die genauen histologischen Diagnosen sollen als belanglos für unsere Fragestellung nicht berücksichtigt werden.

An bösartigen Geschwülsten der Nase und ihrer Nebenhöhlen gelangten in dem oben angegebenen Zeitabschnitt 11 Fälle zur klinischen Aufnahme, wovon 6 Frauen sind. Sie umfassen die Altersstufen von 18 bis 74 Jahre, allein 3 im Alter von 18, 26 und 36 Jahren. Von den 11 Fällen betreffen 3 das Siebbein, die sich histologisch als Sarkome feststellen ließen. 2 Carcinome erstrecken sich auf die Kieferhöhle und das Siebbein zugleich. Weiter sind zu nennen ein Carcinom der rechten Kieferhöhle und rechten Nasenmuscheln, 2 Carcinome des Oberkiefers bezw. der Kieferhöhle, 1 Lymphoangoendothelioma der linken unteren Nasenmuschel, sowie 2 Carcinome des Naseninnern selbst, von denen sich eines bis in den Nasenrachen erstreckt.

Zunächst wird es von Interesse sein, welche Symptome in der Gruppe dieser Geschwülste in Erscheinung treten, die auf sie hindeuten oder sie charakterisieren, die schließlich auch die Veranlassung für die Kranken gaben, einen Arzt zu Rate zu ziehen. Allgemein unterscheiden sich die Symptome der bösartigen Nasentumoren bei den verschiedenen Geschwulstarten nur wenig voneinander. Vom fachärztlichen Standpunkt aus lassen sich solche der Nase und ihrer Nebenhöhlen nicht voneinander trennen. Im Anfangsstadium kommen solche Tumoren nur sehr selten in ärztliche Beobachtung, da entweder keine oder nur so geringfügige Erscheinungen vorhanden sind, dass sie den Patienten nicht beunruhigen. Erst bei größerer Ausdehnung der Geschwulst stellen sich Symptome ein, die den Patienten zum Arzt führen. Hierbei zeigen sich teilweise große Unterschiede in der Zeitdauer vom Auftreten der

Erscheinungen an bis zum ersten Arztbesuch, da in vielen Fällen die Patienten erst mehrere Symptome zusammenkommen lassen, bis ein Arzt zugezogen wird. Allen diesen Tumorarten gemeinsam ist die Behinderung der Nasenatmung, die ganz allmählich eintritt. Durch die Verlegung der Nasenhöhle kann auch die Sprache in Mitleidenschaft gezogen werden, es kommt zu Rhinolalia clausa anterior oder posterior, je nachdem sich die Geschwulst mehr im vorderen oder hinteren Teile der Nase entwickelt hat. Natürlich kann auch das Geruchsvermögen leiden (Hyposmie oder Anosmie), entweder infolge der rein mechanischen Verschließung der Nase durch den im unteren vorderen Teil der Nase gelegenen Tumor oder auch durch einen hochsitzenden Tumor, der das Riechepithel oder auch den Nervus olfactorius selbst in den zerstörenden Prozess einbezieht. Dazu zeigt sich bei fast allen Nasentumoren eitriger, übelriechender, gelegentlich blutig durchsetzter Ausfluss aus der Nase, ein Zeichen, dass die Geschwulst bereits jauchig zerfällt. Auch über Schmerzen wird geklagt, sei es, dass diese als diffuse Kopfschmerzen auftreten oder mehr als stechende neuralgiforme zur Stirn oder dem Ohre hin ausstrahlende Schmerzen angegeben werden. Kommt es zum Druck des Tumors auf die Höhlenwände, können dauernde Schmerzen wie bei geschlossenen Empyemen hervorgerufen werden. In weiter vorgeschrittenen Fällen leiden die Kranken an heftigen Cephalalgien durch Hyperämie oder Mitergriffensein der Hirnhäute. Spontanblutungen geben häufig den Anlass, zum Arzt zu eilen, die nach dem Urteil aller Rhinologen (D e n k e r) bei Sarkomen häufiger als bei Carcinomen infolge größeren Gefäßreichtums auftreten. Ein bekanntes Zeichen aller bösartigen Neubildungen stellen ja auch die bei leichter Berührung auftretenden Blutungen dar. Je nach dem Sitz der Neubildung wird es auch zu Auftreibungen der betreffenden Gegend kommen. So ist für die Kieferhöh-

len charakteristisch eine Auftreibung der Wangengegend, entweder ziemlich plötzlich oder - wie meistens - allmählich. Durchbruch in die Fossa retromaxillaris bewirkt Kieferklemme. Bei Nasensiebbeingeschwülsten kann es zur Anschwellung des Nasenrückens, der seitlichen Nasenteile und der Nasenwurzelgegend kommen. Sehr oft sind mit den Tumoren der oberen Nasennebenhöhlen Komplikationen seitens der Orbita verbunden. Auch Tränenträufeln ist durch Kompression des häutigen Kanals oder durch Verlegung des Ostiums im unteren Nasengang und dadurch Abflußbehinderung zu beobachten. Beim Oberkiefercarcinom kann es zu Sensationen seitens der Nase oder auch der Zähne (Lockerwerden derselben, Zahnschmerzen) kommen. Meist sind es mehrere dieser angeführten Symptome, die erst den Kranken zum Arzt gehen ließen, wie es die Tabelle und die nachfolgenden kurzen Krankenberichte angeben.

Zur Frühdiagnose ist vor allem erforderlich Nasenpolypen, die bei ihrer Entfernung stark bluten, histologisch zu untersuchen und den Entstehungsort derselben einer sorgfältigen Betrachtung zu unterziehen (D e n k e r). Auch sind ödematöse Fibrome im mittleren Nasengang häufig ein Anzeichen einer sich im oberen Teile der Nase oder in den Nebenhöhlen entwickelnden bösartigen Geschwulst. Auch kleine verdächtige Granulationen können auf eine solche hinweisen, selbst bevor der Tumor subjektiv Symptome auslöst.

Nachfolgende Krankenberichte sollen zur Erläuterung dienen:

1) (II) 36-jähr.Pat.B. hat seit 8 Tagen Zahnschmerzen rechts oben, Brennen am Gaumen, oft zum Ohre hin ausstrahlende Schmerzen. Nach 8 Tagen beim Zahnarzt, dort über 1 1/2 Monate in Behandlung, Entfernung einiger Wurzeln, dabei hier und da stärkere Blutung. Auch später öfters Blutungen aus den Extraktionsstellen. angeblich 9 kg Gewichtsabnahme innerhalb von 2 1/2 Monaten. Nach Abschluss der Zahn-

arztbehandlung ist sie ohne jede ärztliche Betreuung etwa 2 1/2 Monate. Im September 36 wegen der noch bestehenden Erscheinungen in einem Bezirkskrankenhaus. Hier sofort angestellte Probeexcision ergibt Ca des rechten Oberkiefers, Überweisung in die Frauenklinik (wegen gleichzeitig bestehender Schwangerschaft). Nach Radium- und Roentgenbestrahlung des Oberkiefers in wesentlich gebessertem Zustand am 31.10.36 entlassen. Dreimalige Nachuntersuchung, nach erneuter Verschlechterung Einweisung in die Hals- usw. Klinik. Hier Aufnahme am 1.3.37. Klin. Befund: Harter Gaumen und zum Teil weicher Gaumen von Tumormassen durchsetzt, sich über die Mittellinie erstreckend, auch die Alveolarfortsätze rechts oben sind von Tumor zerstört. Roe: völlige Verschattung der ganzen Kieferhöhle, teilweise auch der Siebbeinzellen, Nasenboden rechts hoch gedrängt. Keine feststellbaren Metastasen.

2) (IV) 64-jähr.Pat. G.R. bekommt anfangs September 36 Schmerzen am rechten Oberkiefer. Dazu seit Anfang Oktober eitriger Ausfluss aus der rechten Nasenhälfte, dessen übler Geruch ihr auffiel, seither auch Schwellung der rechten Wange. Nach 1 Monat geht sie zu einer Ärztin, wird von ihr zum Facharzt geschickt, der Polypen (!) feststellt, diese entfernt. Nasenatmung danach besser. Bis Dezember langsam zunehmende neuerliche Verschlechterung der Nasenatmung, ausserdem stärkeres Hervortreten ihres rechten Auges, „das Licht blendete sie stärker" Im Dezember wegen dieser Erscheinungen beim Facharzt in der Sprechstunde, wird nach nochmaliger Untersuchung sofort der Klinik überwiesen. Hier nach 3 Monaten nach Auftreten von Symptomen Sicherstellung der Diagnose.
Befund: Eitriges Sekret in beiden Nasengängen, rechte mittlere Muschel tumorös verändert, Exophthalmus rechts.
Roe: Verschattung aller rechten Nebenhöhlen, keine Metastasen. Diagnose (auf Grund einer Probeexcision): Ca der rechten Nasenmuschel und Kieferhöhle.

3) (V) 60-jähr.Mann Pr.L. Seit Juli 1936 langsam zunehmendes Druckgefühl am linken inneren Augenwinkel. Gleichzeitig bemerkte er in diesem Gebiet eine allmählich größer werdende Auftreibung, öfters Kopfschmerzen, seit Juli zeitweise Doppelbilder. Ende Juli ging er zu einem Augenarzt. Dieser verordnete Tropfen und eine Salbe für die Augen. 2 Monate in dessen Behandlung, keine Besserung. Mitte September Klinikaufnahme. Die hier gestellte Diagnose lautet: Lymphosarkom des linken Siebbeins, keine Metastasen feststellbar.

4) (VII) 18-jähr.Pat.Z.J. Im August 1935 plötzlich heftiges, 2 Stunden dauerndes Nasenbluten links nach Schneuzen, hatte angeblich gerade zu der Zeit etwas „Schnupfen". In einer chirurgischen Klinik wird das Nasenbluten durch einen Tampon gestillt. Seit damals keine weitere ärztliche Behandlung über 4 Monate. Nasenatmung unmöglich, Schwellung der linken Nasenseite, seit einigen Wochen Ausfluss eines bräunlichen stinkenden Sekretes aus dem linken Nasenlumen. Mit diesen Angaben kommt Pat. Ende Dezember 1935 in die Klinik. Probeexcision ergibt: Retothelsarkom des Siebbeins, das das ganze linke Nasenlumen mit bläulichgrauen Tumormassen ausfüllt. Bei Druck auf die linke Siebbeingegend leichtes Knirschen und Federn des Knochens. Keine Metastasen nachweisbar.

Während in den eben angegebenen Krankenberichten ein Arzt an einer mehr minder langen Verschleppung mitbeteiligt ist, gebe ich im folgenden noch ein paar kurze Berichte, in denen der Patient entweder durch zu langes Warten bis zum ersten Arztbesuch oder durch Fortbleiben aus der ärztlichen Überwachung an der Verschleppung die Schuld trägt.

5) (VI) 26-jähr.Patientin H.E. Seit Januar 35 Schwellung am rechten inneren Augenwinkel, Behinderung der Nasenatmung rechts, Anosmie. Dazu seit März 35 starke Kopfschmerzen, geht Mitte März zu einem praktischen Arzt, wird von ihm nach 14-tägiger Beobachtung unter

der Verdachtsdiagnose Siebbeinzellentumor der Klinik überwiesen. Hier Sicherstellung der Diagnose mittels Probeexcision: Sarkom des Siebbeins.
Nach Roe-Bestrahlung in gutem Allgemeinzustand Ende Juni 1935 entlassen. Trotz ärztlichen Rates sucht sie die Klinik bis zum Oktober 36 nicht wieder auf. Sie war bis März 36 beschwerdefrei. Seit damals zunehmende Drüsenschwellung unter dem Kieferwinkel rechts, keine Schmerzhaftigkeit. Im August 14 Tage lang Doppelbilder, die angeblich von selbst wieder verschwanden. Seit Sept.36 starke Schmerzen der rechten Gesichtshälfte, Ausfluss eines bräunlichen Sekretes aus dem rechten Nasenloch. Klinischer Befund zur Wiederaufnahme am 22.10.36. Rechte Nase durch Tumor völlig verschlossen, Septum nach links verdrängt, Protrusio bulbi rechts, geringes Ober- und Unterlidödem rechts, Lymphknotenmetastasen in der Ausdehnung des rechten Masseter, am rechten Kieferwinkel etwa apfelgroßer höckriger Tumor.

6) (IX) 55 Jahre alte Patientin M. Seit 5 Monaten Nasenatmung links erschwert, oft Kopfschmerzen. Im Januar 36 befragt Pat. deshalb ihre Hausärztin. Einmalige Untersuchung, rät ihr sofort einen Facharzt aufzusuchen. Erst nach 4 Monaten zieht Pat. einen Facharzt zu Rate, wird von ihm unter Tumorverdacht der Klinik überwiesen.
Diagnose: Lymphoangoendotheliom der linken unteren Nasenmuschel, ohne feststellbaren Metastasen.

Zusammenfassung.

Es kann auf Grund der vom Patienten zum ersten Arztbesuch angegebenen Symptome festgestellt werden, dass alle 11 Kranken über mehrere Erscheinungen zu klagen haben, die auf einen Nasen- bezw. Nasennebenhöhlentumor hindeuten, ihn zumindesten differentialdiagnostisch in Erwägung ziehen lassen. Die durchschnittliche Zeitdauer bis zum ersten Arztbesuch nach Auftreten von Symptomen beträgt 2 3 Monate für 9 Falle, während die restlichen 2 ohne genauere Zeitangabe bereits

seit einigen Jahren Beschwerden angeben Von diesen 11 Kranken wurde ein praktischer Arzt in 6 Fällen um Rat gefragt, davon kommt in 2 dieser 6 Fälle der praktische Arzt zur richtigen Verdachtsdiagnose, einmal wird der Tumor nicht erkannt und in 3 Fällen nach einmaliger Untersuchung (ohne Diagnosenstellung) dem Patienten der Rat erteilt einen Facharzt aufzusuchen, vom Patienten nur einmal sofort befolgt.

Insgesamt 4-mal wird ein Facharzt zugezogen, davon wird der Kranke einmal sofort, in einem anderen Falle nach 3 Wochen unter dem richtigen Verdacht der Klinik überwiesen. In einem der 4 Fälle wird durch ihn die richtige Diagnose histologisch sichergestellt, während der Patient im 4.Falle nach über 2-monatlicher Beobachtung ohne Diagnosenstellung in die Klinik geschickt wird

In 2 der 11 Fälle wird die Geschwulst durch ein Kreiskrankenhaus richtig erkannt. Durch Nichterkennen des Tumors wurde in 2 weiteren Fällen die Sicherstellung der Diagnose hinausgeschoben: einmal durch einen Zahnarzt, das andere Mal durch einen Augenarzt (siehe angeführte Krankengeschichten 1) und 3)).

Weiterhin trägt in einem Falle (4) die mangelhafte Untersuchung in einer Klinik trotz der plötzlichen starken Nasenblutung ohne besonderen Grund bei bestehendem sogen. Schnupfen einen Teil der Schuld an der verspäteten Diagnosestellung. 3 Fälle sind ausserdem anzuführen, in denen den Patienten vom Arzte der Rat erteilt war, zum Facharzt bezw. zur Nachbehandlung wiederzukommen, ohne dass dieser vom Patienten sofort bezw. innerhalb kurzer Zeit befolgt worden wäre. Im Fall 2 wäre vielleicht durch genaue histologische Untersuchung der Polypen nach ihrer Entfernung 2 Monate früher die richtige Diagnose gestellt worden; die übrigen Symptome ließen auch damals bereits ein Neoplasma vermuten.

Somit ist hierbei festzustellen, dass allein bei diesen 11 Kranken 6-mal ein Arzt durch Nichterkennen bezw. erst späteres Vermuten einer bösartigen Geschwulst eine Verzögerung der richtigen Behandlung verursachte.

Epipharynxtumoren.

An bösartigen Tumoren des Epipharynx gelangten in den 1 1/2 Jahren 11 Fälle zur klinischen Aufnahme. 10 betreffen Männer, 1 eine (73-jährige) Frau. Sie umfassen im allgemeinen die Altersstufen von 48 bis 73 Jahren, ein Patient steht im Alter von 22 Jahren. 6-mal handelt es sich um histologisch festgestelltes Carcinom, in 5 Fällen um Sarkom. Nur bei 4 Kranken (2 Ca und 2 Sarkome) ließ sich keine Mitbeteiligung der regionären Lymphknoten feststellen. Dass die Mehrzahl der Patienten schon regionäre Lymphknotenmetastasen zur klinischen Aufnahme zeigt im Gegensatz zu denen mit Nasentumoren, entspricht der allgemeinen Feststellung, dass diese Geschwülste verhältnismäßig frühzeitig metastasieren, besonders das Epipharynxcarcinom. Andererseits treten in der Regel meist spät Beschwerden auf, sodass die Kranken, unter Berücksichtigung der mehr minder langen Zeit, die sie trotz der Symptome seitens des Tumors bis zum ersten Arztbesuch verstreichen lassen, naturgemäß der geeigneten Behandlung verhältnismäßig spät zugeführt werden. Da es, wie bei allen Tumorformen, auf möglichst frühzeitige Erkennung derselben ankommt, möchte ich zunächst einiges über die Symptomatologie derselben angeben. In vielen Fällen sind es Erscheinungen, die zunächst nur vom Ohr ausgehend auftreten. So kommen einige Patienten lediglich wegen zunehmender Schwerhörigkeit in die ärztliche Sprechstunde, wobei sie oft auch über Ohrensausen oder über Ohrenschmerzen zu klagen haben. Treten diese Erscheinungen als erste Symptome auf, die durch ein allmähliches Verlegen der Tuben-

öffnungen ausgelöst werden, so handelt es sich um von den Epipharynxseitenwänden ausgehende Tumoren. Otoskopisch ergeben sich Zeichen eines Tubenkatarrhes, im weiteren Verlauf solche eitriger Mittelohrentzündung. Geschwülste, die vom Nasenrachendach ausgehen, weisen zuerst starken, lange bestehend bleibenden Schnupfen auf, auch Fremdkörpergefühl, besonders wenn der Tumor die Rachenhinterwand berührt, kann sich hierbei bemerkbar machen. Erreicht die Geschwulst größere Ausdehnung, so wird es zu Atembehinderung, ja schließlich gänzlicher Verlegung der Nasenatmung kommen. Auch die eben angeführten Symptome werden sich bei weiterer Ausbreitung des Tumors mit den anderen vermischen können, sodass die Patienten sowohl über Beschwerden seitens des Ohres als auch über Nasenatmungsbehinderung, Schnupfen oder Fremdkörpergefühl klagen. Andere Kranken zeigen anfangs nur Nervensymptome, werden dann oft länger wegen Trigeminusneuralgie behandelt, bis eines Tages am Hals derbe Lymphknotenschwellungen festgestellt werden. Auch Facialis und Abducensparesen werden beobachtet. In manchen Fällen, in denen der Tumor sich in vorgeschrittenem Stadium befindet, ergibt sich das Bild der sogen. Trotter'schen Trias: Schwerhörigkeit, Nervenschmerzen im Trigeminus, vor allem im dritten Ast, Ungleichheit des weichen Gaumens. Häufig werden die Patienten durch stechende Hinterkopfschmerzen geplagt. Bei vorgeschrittenen Tumoren kann es schließlich zu Exophthalmus, Kieferklemme, als Spätsymptom zu Nackensteifigkeit (Z u p p i n g e r) kommen. Dass regionäre Lymphknotenmetastasen, auch oft doppelseitig, frühzeitig auftreten, besonders beim Carcinom, sogar häufig als erstes Symptom genannt werden (Z u p p i n g e r) erwähnte ich bereits. Je weiter der Tumor sich ausbreiten konnte, je länger die Kranken bis zum ersten Arztbesuch warteten, desto mehr Erscheinungen weisen sie im allgemeinen auf. An Hand einiger Krankengeschichten soll es mir möglich sein auf oben Gesagtes Hinweise zu geben.

1) (III) 61-jähr.Pat.A. Seit März 35 zunehmende Behinderung der Nasenatmung, dazu rauhes Gefühl oben im Hals. Nach etwa 4 Tagen Konsultation eines praktischen Arztes. Dieser verordnete heiße Halswickel, schickte den Kranken nach 8 Tagen zum Facharzt. Inzwischen hat sich Otitis media eingestellt. Der Facharzt behandelt nur diese, die Halsbeschwerden hielt er angeblich für belanglos, unternahm deshalb nichts dagegen. Nach 2 Monaten scheidet Patient aus seiner Behandlung aus. Im August 35 erstmals Untersuchung in der Klinik. Die sofort angestellte Probeexcision ergibt Epipharynx-Ca: Roe-Bestrahlung. Letzte Bestrahlung im August 36 Patient erscheint trotz Bestellung nach 2 Monaten erst am 3.2.37 wieder in der Klinik. Es zeigt sich ein Rezidiv. Beiderseits Halslymphknotenmetastasen.

2) (VI) 22-jähriger Soldat K.R. Bemerkt im April 35 Blutspuren im Auswurf, dazu seit Mai 35 öfters Kopfschmerzen der ganzen linken Seite. Wird im August 35 vom zuständigen Standortarzt untersucht, bleibt 2 Monate in dessen Beobachtung. Im September 1935 Erscheinungen eines starken Schnupfens, Eintreten von Schwerhörigkeit auf dem linken Ohr, zeitweise Ohrensausen, ab und zu stechende Schmerzen im linken Ohr. Der Standortarzt stellt chronischen Nasenrachentubenkatarrh fest, verordnet Risinsalbe für die Nase. Im Oktober 1935 wird er 14 Tage lang in einem Lazarett behandelt mit Kopflichtbädern und Pinselungen. Da hiermit keinerlei Besserung Überweisung an einen Facharzt. Hier ausgeführte Probeexcision ergibt Ca des Epipharynx. Klinischer Aufnahmebefund am 16.11.35: ulceröser Tumor an linker Rachenwand und Tubengegend, am Rachendach Übergreifen auf die rechte Epipharynxseite bis zum rechten Torus tubarius. Vomer verdickt, nach rechts verschoben. Keine Lymphknotenmetastasen feststellbar.

(IX) 73-jähr.Patientin B. Seit Mai 1935 langsam zunehmende Behinderung der Nasenatmung. Seit einiger Zeit vor dem ersten Arztbesuch Abnahme des Hörvermögens rechts. Im Februar 36 begibt sich Pat. zu einem praktischen Arzt. Er stellt ein Herzleiden fest, dementsprechende Behandlung. Sämtliche Beschwerden führt er auf dieses zurück. Keine Besserung derselben. 3 Monate später geht sie von sich aus zu einem Facharzt, von ihm Tumor im Nasenrachenraum bei der ersten Untersuchung erkannt. Sofort Kliniküberweisung. Der klin. Aufnahmebefund vom 6.6.36 ergibt, dass die ganze rechte Seite von leicht blutenden Tumormassen ausgefüllt ist. Keine Metastasen nachweisbar. Probeexcision ergab Ca des rechten Nasenrachens.

Mit den obigen Krankengeschichten konnte ich darauf inweisen, dass trotz einiger Symptome, die den Verdacht uf einen Tumor hätten erwecken müssen, von den betreffenden Ärzten über längere Zeit hin unter anderer Diagnoe behandelt wurde. Der nächste Fall gibt ein Beispiel, ie allein durch die mangelnde Einsicht des Patienten weckmäßige Behandlung versäumt wird, obwohl der Tumor ngewöhnlich frühzeitig entdeckt wurde.

(I) 48-jähr.Pat.S., am 23.4.1935 in ambulanter klin. Behandlung wegen Schwerhörigkeit rechts. Damals angestellte Untersuchung des Epipharynx ergibt am rechten Tubenwulst einen etwa bohnengroßen Tumor. Probeexcision ergibt Ca. Pat. war damals beschwerdefrei. Trotz dringenden Anratens unterzog sich Pat. bis zum Oktober 1935 keiner Behandlung. Aufnahme am 16.10.35 in klin.Behandlung. Jetzt folgende Erscheinung: Fast vollständige Verlegung der Nasenatmung, Druckgefühl am Gaumen und an der Nase, Gefühllossein des Gaumens, rechts Schwerhörigkeit. Tumor jetzt inoperabel. Durch Bestrahlung Tumor etwas kleiner geworden. Trotz Wiedereinbestellung zur Nachbestrahlung bleibt Pat. über einen Monat fern bis neuerlich stärkere Beschwerden aufgetreten sind. Klin.Befund am 28.1.36:

Tumor erstreckt sich auf rechte und linke Seite des Epipharynx mit derben Lymphknotenmetastasen an der linken Halsseite.

Ein weiterer Fall erscheint mir hier erwähnenswert, wobei die Schuld der Verschleppung während der notwendigen Nachbehandlung ein Krankenhaus trifft.

5) (II) 52-jähr.Pat.W.D. Kommt im August 1936 wegen leichter Schwerhörigkeit zum „Ohrausspritzen" in die Poliklinik. Es wird ein etwa 5-Markstück-grosser vom Pharynx in den Epipharynx reichender Tumor von knorpelharter Beschaffenheit festgestellt. Keine Metastasen. Histologisch: Sarkom. Abtragung des Tumors nach D e n k e r , Radiumbestrahlung. Tumor hat sich unter der Behandlung bis zur Entlassung am 9.10.36 völlig zurückgebildet. Pat. kommt bis Januar 37 regelmäßig zur Nachbehandlung. Dann bleibt er weg. Im Juli 1937 erscheint er wieder in der Klinik in sehr schlechtem Allgemeinzustand. Er war inzwischen in einem Krankenhaus auf Innerer Abteilung mit Blaulicht bestrahlt worden. Während der ganzen dortigen Behandlungsdauer erfolgte keine Rückfrage an die Klinik betreffend die früher durchgeführte Behandlung.

Zusammenfassung.

Aus den letzten zwei Fällen ist die Lehre zu ziehen, Patienten, die wegen Schwerhörigkeit, die sich schmerzlos und ohne weitere Erscheinungen allmählich zunehmend einstellt, die die Sprechstunde deshalb zum „Ohrausspritzen" aufsuchen, gerade im höheren Alter nicht bloß auf ihr Gehör zu untersuchen. Die damit verbundene Untersuchung der Verhältnisse im Epipharynx kann, wie es die zwei Beispiele anzeigen, einen Tumor im Frühstadium erkennen lassen. Dass es in manchen Fällen trotz ärztlichen Rates durch Nachlässigkeit des Patienten zur Verzögerung eines oft noch im Frühstadium befindlichen operablen Tumors

kommt, zeigt Fall 4 besonders drastisch. Abgesehen von diesen zwei Patienten weisen die anderen 9 alle in mehr minder großen Zahl Symptome auf, die - wie ich oben ausführen konnte - für Epipharynxtumoren verdächtig oder sogar charakteristisch sind. Bei allen Kranken trifft man immer wieder auf die Angabe der behinderten Nasenatmung, die ja auch bei den Nasennebenhöhlen-Geschwülsten erwähnt wurde. Dazu stellen sich bei den Epipharynxtumoren noch Erscheinungen ein, die vom Ohr auszugehen scheinen. Zwei Tumorfälle wurden somit zufällig entdeckt, bei 8 Kranken ist seit Auftreten von Beschwerden bis zum ersten Arztbesuch eine Zeitdauer von 14 Tagen bis zu 9 Monaten festzustellen, ein Patient wartete 16 Monate. Wie weiter aus der diesbezüglichen Tabelle zu ersehen ist, wird der praktische Arzt 6-mal zuerst um Rat gefragt. In 5 Fällen kommt er zwar zu keiner richtigen Diagnose, doch 3 dieser 5 Patienten werden nach längstens 8 Tagen zu einem Facharzt überwiesen, während 2 davon 2 und 3 Monate ohne richtige Diagnosenstellung behandelt wurden. Nur in einem Falle stellt der praktische Arzt den Tumor bei der ersten Untersuchung sofort fest, die Vorgeschichte des Patienten reichte allerdings schon 16 Monate zurück.

Insgesamt 8-mal kommen die Patienten zu einem Facharzt. In 6 Fällen wird von ihm entweder mittels Probeexcision die Diagnose sichergestellt, oder doch der Tumor als solcher erkannt oder vermutet. Zweimal wird keine richtige Diagnose von ihm gestellt. Es wurde in diesen beiden Fällen trotz typischer Symptome offenbar keine eingehende Untersuchung durchgeführt. Besonders in dem einen Fall handelte es sich um einen 61-jährigen Kranken, der während 2 Monaten in fachärztlicher Behandlung stand.

In einem anderen Falle wird die richtige Verdachtsdiagnose durch einen Krankenhausarzt nach 12-tägiger Beobachtung gestellt, der einige Tage zuvor konsultierte Facharzt war zu keiner richtigen Diagnose gekommen.

Insgesamt wird schließlich für die 11 Fälle die Diagnose 8-mal durch die Klinik histologisch sichergestellt, 3-mal vom Facharzt.

Würde auch stets, wie es nötig ist, eine Zusammenarbeit der Ärzte angestrebt, wäre die geeignete Nachbehandlung nicht wie im Fall 5 durch die Krankenhausbehandlung mit Blaulichtbestrahlung über 5 Monate ausgesetzt worden. In schlechtem A.Z. und erneutem Tumorwachstum wird der Patient doch der Klinik nach 5 Monaten wieder überwiesen. Seitens des Krankenhauses erfolgte nie eine Rückfrage über die frühere Behandlung des Patienten. Dass die Patienten in dieser Gruppe im allgemeinen relativ lange Zeit bis zum ersten Arztbesuch verstreichen lassen, hängt wohl mit den nur allmählich zunehmenden, sie anfangs wenig belästigenden Beschwerden zusammen, die dazu denen bei gewöhnlichen Katarrhen sehr ähnlich sein können.

Mesopharynxtumoren.

In der Gruppe der sogen. Mesopharynxtumoren verfüge ich über ein Material von 23 Fällen, wovon 10 Tonsillentumoren sind. Ich fasse hierbei all die Tumorlokalisationen zusammen, wie es sonst auch üblich ist, also solche der seitlichen und hinteren Mesopharynxwand, des Gaumens, der Gaumenböden, der Zunge und des Zungengrundes. Abgesehen von diesen 10 Tonsillentumoren kann ich hier über 5 Tumoren des weichen Gaumens, einem Ca des vorderen linken Gaumenbogens, 2 Geschwülsten des harten Gaumens, 1 Zungen-Ca, 1 lymphoepithelialem Tumor des Zungengrunds und 3 Tumoren der Hinter- bezw. Seitenwand des Pharynx berichten. Ein Ca des weichen Gaumens,

der lymphoepitheliale Tumor des Zungengrundes und ein Melanosarkom des harten Gaumens betreffen Frauen im Alter von 62, 46 und 58 Jahren. Die meisten der Patienten befinden sich im 5. bis 6.Lebensjahrzehnt, der jüngste Patient ist ein 27-jähriger Mann, der älteste steht im 71.Lebensjahr.

Welche Erscheinungen in dieser Gruppe von Tumoren veranlassen den Kranken zum Arzt zu gehen? Stets wird sich über kurz oder lang eine Schluckstörung bemerkbar machen. Oft haben die Patienten anfangs nur das Gefühl der Trockenheit an umschriebener Stelle oder Brennen am Gaumen usw. In anderen Fällen wird zuerst ein Fremdkörpergefühl oder ein Kratzen verspürt, das nach einiger Zeit in eigentliche Schmerzempfindungen übergehen kann. Dabei treten jetzt auch häufig zum Ohr ausstrahlende Schmerzen auf. Kommt der Tumor zum Zerfall, so wird er üblen Foetor ex ore zur Folge haben. Auch der gelegentlich infolge starker Schleimbildung reichliche Auswurf kann blutig tingiert sein. Neben den bei diesen Geschwülsten allgemein zu beobachtenden Erscheinungen kommen noch einige andere für den betreffenden Sitz des Tumors typische Erscheinungen hinzu. Ist durch Ergriffensein des Gaumensegels dessen Beweglichkeit eingeschränkt, so wird sich eine Einwirkung auf die Sprache im Sinne einer Rhinolalia clausa oder aperta bemerkbar machen. Dabei wird der Abschluss des Nasenrachens behindert oder unmöglich sein, sodass Flüssigkeiten den Kranken beim Trinken in die Nase laufen. Sind die Schlundwände durch Infiltration starr geworden, ist die Formung der Bissen unmöglich. Allerdings können Tumoren der Rachenhinterwand lange Zeit bestehen und beträchtliche Größe erreichen, ohne dass der Schluckakt dadurch gestört wird. In manchen Fällen kommt es durch Infiltration der Plica intermaxillaris auch zu Kieferklemme. Am Gaumen fällt dem Patienten oft neben den dahin lokalisierten allgemeinen Symptomen ein Höckrigwerden des Gaumens auf, sodass sie gelegentlich sogar selbst

im Spiegel eine Veränderung feststellen. Ähnlich kann es bei der Zunge der Fall sein. Ist die Erkennung der höher gelegenen Mesopharynxtumoren meist leicht, so bereitet diejenige der Zungengrund- und Seiten- bezw. Hinterwandtumoren gelegentlich größere Schwierigkeiten. Feststellung einer derben Infiltration, häufig dabei noch Ulceration deutet fast ausnahmslos auf einen bösartigen Prozess hin (Z u p p i n g e r). Auch sollen bei all diesen Tumoren verhältnismäßig frühzeitig Metastasen auftreten, vor allem beim Carcinom, die anfangs die Lymphknoten des Carotisdreiecks und die tiefen Halslymphknoten, oft doppelseitig, betreffen. Einige Krankenberichte dienen zur Erläuterung, sollen zugleich auch Hinweise geben für das in der Tabelle und der Zusammenfassung Gesagte über Behandlung und Diagnose des Arztes.

1) (I) 51-jähr.Pat.S.E. Bekommt anfangs Januar 36 plötzlich starken Schnupfen. Nach etwa 3 Tagen stellen sich Schluckschmerzen ein. Mitte Januar 36 sucht er einen praktischen Arzt auf. Es werden Halswickel, Risinsalbe, Gurgelmittel und ähnliches verordnet. Obwohl sich blutig-eitriger Auswurf einstellt, kommt der Arzt zu keiner richtigen Diagnose. Ende Februar geht Pat. von sich aus zu einem Facharzt, der Anfang März eine Probeexcision vornimmt. Ergebnis: entzündliches Granulom. Darauf konservative Weiterbehandlung. Mitte April erneute Probeexcision, die ein Retothelsarkom des weichen Gaumens ergibt. Einweisung in die Klinik. Befund: Weicher Gaumen tumorös verändert, der Tumor erstreckt sich bis zum linken Rand der Uvula, drängt diese nach rechts. Im Epipharynx ist der linke Tubenwulst vom Tumor ergriffen, ebenso die linke Tonsille, sowie der vordere und hintere Gaumenbogen. Keine Metastasen feststellbar.

2) (V) 54-jähr.Pat.F. Hat seit Mai 1936 Schluckschmerzen, vor allem links im Hals. Ab und zu aus-

strahlende stechende Schmerzen zum linken Ohr, die im Sommer kurze Zeit etwas besser sind. Seit Oktober wieder Verschlechterung der Schluckbeschwerden, dazu starker Speichelfluss. Im letzten Vierteljahr vor der Klinikaufnahme angeblich 12 1/2 kg Gewichtsabnahme. Ende Juni in Behandlung eines Facharztes; Inhalationen und Gurgelwasser brachten angeblich leichte vorübergehende Besserung. Trotz mehrmaliger Besuche des Patienten im Verlaufe eines halben Jahres wurde keine Tumordiagnose gestellt. Anfang Januar Einweisung in die Klinik. Sofort angestellte Probeexcision ergibt Plattenepithel-Ca der Seitenstränge, die bis in den Hypopharynx tumorös verändert sind.

3) (X) 46-jähr. Patientin H. Seit Juni 36 starke Verschleimung im Hals. Seit Oktober Behinderung beim Sprechen, seit Dezember zunehmende Schluckschmerzen. Am 2.1.37 Befragung des Bezirksarztes. Innerhalb eines Monats dreimal zur Untersuchung bei ihm in der Sprechstunde gewesen, verschrieb ihr eine schwarze Salbe zum Aufstreichen auf den Hals und Inhalationen. Keine Besserung. Der zugezogene Chirurg riet zur Operation; Mitte Februar Einweisung in die Klinik durch den Bezirksarzt. Er soll ihr gesagt haben, es handele sich im Zungenkrebs. Aufnahmebefund in der Klinik: Pflaumengroße Vorwölbung am hinteren Teil der Zunge. Auf die Zungentonsille übergehend liegt der lingualen Epiglottisfläche auf, Epiglottis etwas starr, keine Metastasen nachweisbar. Dreimalige Probeexcision ergibt lymphoepithelialen Tumor des Zungengrundes.

4) (XII) 60-jähr. Pat. Schm. Erstmals 1934 Schmerzen am Gaumen, nach einigen Wochen Konsultation eines Facharztes, stellt klinisch Perforation des weichen Gaumens fest. Überweist Pat. sofort einem Hautarzt zur spezifischen Behandlung (Pat. hatte 1916 Lues). Trotz spezifischer Behandlung (2 Kuren) wird die Perforation größer, ulceriert. Der Hautarzt stellt

schließlich Verdachtsdiagnose Ca, überweist den Pat. der Klinik. Am 18.12.35 klinische Aufnahme: Defekt des weichen Gaumesn und der Tonsille rechts. Dazu Kieferklemme, harte Drüsen an beiden Kieferwinkeln.

Ein weiterer Fall, ein Ca des weichen Gaumens, komm in weit vorgeschrittenem Stadium zur klinischen Aufnahme, der über etwa 4 Monate bei einem Heilpraktiker erfolglos behandelt wurde.

Zusammenfassung.

Von 12 unter 13 Kranken mit Mesopharynxtumoren in engerem Sinne wird beim ersten Arztbesuch über Schluckstörungen oder Fremdkörpergefühl in der betreffenden Gegend geklagt, an der der Tumor seinen Sitz hat. Ein Patient kommt wegen steifen Halses mit Anschwellung hinter und unter dem rechten Ohr in die Sprechstunde. Auch die anderen in der Symptomatologie angeführten Symptome sind bei dem einen mehr, bei dem anderen weniger zahlreich in Erscheinung getreten. Doch nur zwei Patienten geben beim ersten Arztbesuch nur ein einziges Symptom an: Schluckschmerzen bezw. Gaumenschmerzen. Es fällt auf, dass im allgemeinen relativ spät ein Arzt zugezogen wird. Als Durchschnittsdauer bis zum ersten Arztbesuch kann ich, von 2 Fällen abgesehen, von denen keine einigermaßen sicheren Zeitangaben in der Vorgeschichte zu erfahren waren, 3.1 Monate angeben. Die lange Durchschnittszeit ergibt sich wohl hauptsächlich aus den subjektiven Beschwerden selbst, die ja beispielsweise auch bei den häufig auftretenden Mandelentzündungen sich einstellen, derentwegen ein Arzt nicht ohne weiteres zugezogen wird. An welche Ärzte wandten sich schließlich die Patienten? 6 der 13 Kranken befragten einen praktischen Arzt, nur in 2 Fällen wird der Patient nach einmaliger Untersuchung zum Facharzt oder der Klinik sofort überwiesen, sei es, dass er die Erkrankung für Sache des Facharztes hält, oder selbst den Tumor erkennt. In den anderen

4 Fällen wird keine richtige Diagnose gestellt, obwohl mannigfaltige Erscheinungen seitens des erst später festgestellten Tumors auf die Möglichkeit eines solchen auch damals hätten hinweisen müssen, zumal bei verhältnismäßig lang durchgeführter Behandlung (durchschnittlich 1 Monat) unter anderer Diagnose. Stets ist wohl auch - wie es ein anderer Fall zeigt - an bösartigen Prozess zu denken, wenn ein langsam sich vergrößernder „dunkler Fleck" höckerig zu werden beginnt. Der praktische Arzt hielt die Angelegenheit für belanglos.

Insgesamt 7 Kranke finden sich in der fachärztlichen Sprechstunde ein. Davon wird 4-mal der Tumor vom Facharzt richtig erkannt oder doch der richtige Verdacht geäussert. Ein Fall wird ohne Diagnosestellung sofort in die Klinik geschickt, während in einem anderen Falle trotz längerer, über 6 Monate dauernder Beobachtung, der Facharzt zu keiner richtigen Diagnose kommt. Im 6.Fall führt er den gegebenen Befund auf Lues zurück, ohne auch ein Neoplasma in Erwägung zu ziehen, das ja auch auf dem Boden eines luetischen Prozesses entstehen kann. Trotz der oft schwierigen Unterscheidung soll keine Zeit mit antiluetischen Kuren verloren werden, sondern Sicherstellung der Diagnose durch Probeexcision, da auch der positive Ausfall der Wa.R. allein nicht gegen Neoplasma spricht (H ü h n e r m a n n). Der im letzten Fall zugezogene Hautarzt stellt erst nach zwei erfolglosen spezifischen Kuren die richtige Verdachtsdiagnose.

10-mal wird die Diagnose durch die Klinik histologisch sichergestellt, zweimal vom Facharzt. 6 der 13 Patienten kommen ohne nachweisbare Metastasen in die Klinik, bei den anderen 7 zeigen sich regionäre Lymphknotenschwellungen. Mit Ausnahme eines Falles, bei dem der Tumor noch scharf abgegrenzt erscheint, aber doch schon eine Drüsenmetastase am Kieferwinkel aufweist, sind die anderen 12 Tumoren bereits in einem

vorgeschrittenen Stadium mit Übergreifen auf die Nachbarschaft in klinische Behandlung gekommen.

Ebenfalls zu den Mesopharynxtumoren werden die Tonsillentumoren gerechnet. Die Symptome, die durch diese Geschwülste ausgelöst werden, sind dieselben, wie ich sie auch für die anderen Tumoren des Mesopharynx angeben konnte. Sie bestehen also in Fremdkörpergefühl, Schluckbeschwerden, gelegentlich Störungen der Sprache und vor allem nach den Ohren ausstrahlenden stechenden Schmerzen. Kommt es zum Tumorzerfall, wird sich übelriechender Fötor ex ore bemerkbar machen. In manchen Fällen weisen zunächst nur derbe Lymphknoten Vergrößerungen am Hals auf den Primärtumor hin. Bei der Untersuchung wird dann eine geringe Vergrößerung der Mandeln der betreffenden Seite festzustellen sein. Einseitigkeit der Erscheinungen ist besonders auf bösartige Prozesse verdächtig.

Meist werden sich fernerhin Schleimhautveränderungen an den Mandeln feststellen lassen. Über 10 Fälle von Tonsillentumoren kann ich hier berichten. Bei 6 Kranken handelt es sich um Carcinom, 3-mal um Sarkom, in 1 Fall wurde ein lymphoepithelialer Tumor histologisch festgestellt. Das 6. bis 7.Lebensjahrzehnt stellt hier die Mehrzahl der Patienten, der älteste ist 76 Jahre alt, der jüngste 43 Jahre. Zweimal sind Frauen davon betroffen. Im folgenden zur Erläuterung einige Krankenberichte:

1) (III) 55-jähr.Pat. H.M. Bemerkt besonders trockenes Gefühl im Hals seit Anfang April 1937. Sieht sich mit einem Spiegel in den Mund und stellt selbst Eiter an der rechten Mandel fest. Nach ein paar Tagen Auftreten reichlichen Auswurfs. Mitte April leicht Schluckschmerzen, dazu schon seit Anfang April zunehmende Anschwellung unter dem rechten Kieferwinkel. Er konsultiert Mitte April einen praktischen Arzt. Jeden 2.Tag kommt er in dessen Sprechstunde, 14 Tage lang, H_2O_2 und andere Gurgel-

wässer werden verordnet, keine Besserung. Darauf Überweisung an einen Facharzt. Vom Facharzt sofort ausgeführte Probeexcision aus der rechten Tonsille ergibt einen lymphoepithelialen Tumor. Sofortige Überweisung in die Klinik. Der klinische Aufnahmebefund ergibt, dass die rechte Tonsille vergrößert ist mit geschwüriger Oberfläche, vorderer Gaumenbogen ödematös geschwollen, Schleimhaut des Rachenringes entzündlich gerötet. Tumor reicht nach hinten und abwärts etwas über die Tonsille hinaus. Am Kieferwinkel nicht sichere Metastasen.

2) (VII) 45-jähr.Patientin M.Pf. Stellt zwischen Weihnachten und Neujahr 35/36 starkes Anschwellen des Halses am linken Kieferwinkel fest, angeblich nach vorausgegangener Erkältung, dazu Schluckschmerzen, einige Tage Heiserkeit. Schwellung blieb in gleicher Größe bis März 36 bestehen, soll druckempfindlich gewesen sein, verschwand dann angeblich ziemlich rasch, bis auf einen kleinen derben, etwas schmerzhaften Knoten am linken Kieferwinkel. Ebenso merkte sie von da an nichts mehr von Schluckschmerzen. Im Mai erneute Anschwellung an gleicher Stelle, einige Zeit danach neuerliche Schluckschmerzen, seit Juli zunehmende Kieferklemme, dazu seit August häufig stechende Ohren- und Hinterkopfschmerzen links. Im Oktober 1936 erstmals in der Sprechstunde eines praktischen Arztes. Dort 3 Wochen in Behandlung. Verordnet warme Leinsamenumschläge und Tropfen gegen die Schmerzen, keine Besserung. Überweisung an ein Bezirkskrankenhaus, hier 10 Tage zur Beobachtung. Unter dem Verdacht auf bösartige Neubildung von hier in die Klinik am 3.11.36 eingewiesen. Klin.Befund: Tumor der linken Tonsille mit höckeriger Oberfläche und von derber Konsistenz. Am vorderen Gaumenbogen erbsengroßer Defekt; der die Uvula verdeckende, stark vorgewölbte hintere Gaumenbogen ist ebenfalls vom Tumor ergriffen. Stark druckempfindliche Drüsen-

metastasen am linken Kieferwinkel. Die Probeexcision ergab Ca der linken Tonsille.

3) (VIII) 41 Jahre alter Patient P. Bemerkt seit etwa einem Jahr derben Knoten am linken Kieferwinkel, nicht schmerzhaft. Keine Beachtung. Vor 1/2 Jahr bei Erkrankung seiner Frau zeigt er diesen, etwa hühnereigroßen Knoten dem zugezogenen Arzt. Der Arzt sah in den Mund, meinte, die Schwellung sei durch einen kranken Zahn verursacht, sie müsse bestrahlt oder entfernt werden. Es geschah danach nichts. Seit 7 Wochen vor der Klinikaufnahme Schluckschmerzen links. Geht deshalb am 24.1. zu einem praktischen Arzt, dieser stellt stark zerklüftete Mandeln fest. Überweisung zum Facharzt. Hier sofort Probeexcision, ergibt Ca der linken Gaumentonsille. Aufnahmebefund: Ca der linken Tonsille, auf vorderen Gaumenbogen und Zungengrundgegend eben übergreifend, hühnereigroße Lymphknotenmetastase am linken Kieferwinkel. - Somit Drüsenmetastase zuerst vom praktischen Arzt nicht erkannt. Nach 1 Jahr vom praktischen Arzt und Facharzt erkannt und zur Behandlung geschickt.

Zusammenfassung.

Es war hier festzustellen, dass die meisten Kranken beim ersten Arztbesuch bereits über mehrere Erscheinungen zu klagen haben, die den Verdacht auf bösartige Prozesse lenken. Über die allgemein angegebenen Symptome, wie Schluckschmerzen usw. klagen alle Patienten mit Ausnahme von einem, der zur ersten Konsultation allein eine Schwellung am Kieferwinkel aufweist. Meistens treten die Schluckschmerzen zusammen mit oder gefolgt von anderen Symptomen, vor allem auch mit ausstrahlenden stechenden Schmerzen zum Ohr hin auf. Ein Fall gibt nur Schluckschmerzen beim ersten Arztbesuch an, während bei den anderen mehr minder viele Erscheinungen seitens des Tumors bestehen. Wann gehen nun die Patienten zu einem Arzt?

6 Patienten erfragen die durch die Geschwulst ausgelösten Beschwerden 3 Wochen bis 2 Monate, 4 Patienten von 9 Monaten bis zu 2 Jahren. Von den 10 Kranken wird 6-mal zuerst ein praktischer Arzt um Rat befragt, der nur in 2 Fällen den Patienten nach dem ersten Besuch zum Facharzt schickt. In einem anderen Fall wird der bösartige Prozess erst ein halbes Jahr später bei nochmaliger Untersuchung erkannt, dann sofort dem Facharzt überwiesen. In den restlichen 3 Fällen sind die Patienten 2-3 Wochen in ärztlicher Behandlung, das Ausbleiben einer Besserung durch die eingeschlagene Therapie mit Gurgelwässern, Umschlägen, Pinseln der Mandeln, veranlasst schließlich den praktischen Arzt, sie zu einem Facharzt zu schicken. Von diesen letzteren bemerkt der eine Patient schon 9 Monate lang mehr und mehr zunehmende Beschwerden, die auf Tumor verdächtig sind.

Die von einem praktischen Arzt Fachärzten bezw. in einem Fall einem Bezirkskrankenhaus überwiesenen Tumorfälle werden bis auf einen durch diese sofort, bezw. in den ersten 10 Tagen erkannt und der Klinik zur Behandlung eingewiesen.

Zwei Kranke suchen zuerst beim Facharzt ärztlichen Rat und Hilfe. In dem einen dieser beiden Fälle nimmt der Facharzt 3 Wochen später nach negativem Ausfall der Wa.R. eine Probeexcision vor und kommt dadurch zur sicheren Diagnose. Im zweiten Fall sucht der Kranke von sich aus etwa 5 Wochen später einen anderen Facharzt auf, der sofort mittels Probeexcision die richtige Diagnose sicherstellt.

Insgesamt wird von den 10 Fällen 8-mal der Facharzt zu Rate gezogen, 7-mal wird durch ihn die Diagnose sichergestellt oder doch der Tumor erkannt und der Klinik überwiesen, einmal wird der Tumor von ihm nicht erkannt.

In einem anderen der 10 Fälle ist es ein Anstaltsarzt, der nach Erkennung des Tumors den Patienten der Klinik überweist.

Ein Kranker begibt sich direkt in die Klinik.

Alle 10 Tumoren befinden sich zur Zeit der Klinikaufnahme schon in einem vorgeschrittenen Stadium mit Übergreifen auf die Umgebung. 7 Patienten zeigen bereits ein Mitergriffensein der regionären Lymphknoten an Kieferwinkeln und Hals.

Es kann festgestellt werden, dass in dieser Gruppe eine längere Verzögerung der Sicherstellung der richtigen Diagnose durch Behandlung eines Arztes unter anderer Diagnose nicht stattgefunden hat. Wenn teilweise erst spät nach Auftreten von Symptomen geeignete Behandlung eingeleitet werden konnte, so ist dies durch langes Zögern des Patienten, zum Arzt zu gehen, verursacht. Auch Ähnlichkeit der Symptome mit den häufig auftretenden Anginen dürfte ein Grund für den vielfach spät eingeholten ärztlichen Rat sein. Ein Fall (3.Krankengeschichte, s.S.24) hätte vielleicht schon ein halbes Jahr früher vom Arzt erkannt werden können, wenn auch äusserlich betrachtet nur eine Lymphknotenmetastase an einem Kieferwinkel allein auf die Erkrankung hinwies. L e R o y A S c h a l (Boston) berichtet in einer Sammlung von 230 bösartigen Neubildungen der Tonsillen, dass nur 4 Patienten in weniger als 2 Wochen nach Auftreten der ersten Erscheinungen ärztlichen Rat einholten, sehr viele erst nach Erscheinen umfangreicher Drüsenmetastasen.

Hypopharynxtumoren.

In der Gruppe der Hypopharynxtumoren fasse ich sowohl diese im engeren Sinne als auch die sogen. äusseren Kehlkopftumoren zusammen, die sich weder bezüglich der klinischen Erscheinungen, noch in vorgeschrittenen Fällen bezüglich des genauen Ausgangspunktes voneinander unterscheiden lassen.

Die Symptome, die all diese Geschwülste auslösen, sind im allgemeinen gleich. Dazu treten noch solche,

die auf den Sitz der betreffenden Geschwulst oft typisch hindeuten. Meist verursachen diese Tumoren zuerst Schluckschmerzen. Die Kranken klagen über Halsschmerzen, über Brennen im Schlund während des Essens oder Kratzen beim Schlucken. Häufig macht sich ein Fremdkörpergefühl geltend. Oft stellt sich reichliche Speichelsekretion ein, die in manchen Fällen auch blutig durchsetzt, die Patienten vermuten lässt, es handele sich um einen Katarrh, eine Annahme, die in einigen Fällen auch noch den Arzt über eine gewisse Zeit hin nicht zur richtigen Diagnose kommen lässt. Denn auch in Fällen chronischer Pharyngitis können diese Erscheinungen neben anderen Symptomen auftreten. Belästigen aber - wie so oft - auch zum Ohr oder der Schläfe hin ausstrahlende stechende Schmerzen die betreffenden Patienten, zeigen sich am Hals, vornehmlich vor den Kopfnickermuskeln, in der Gegend der großen Gefäße, derbe Lymphknotenschwellungen, so sollen sie den Verdacht auf eine bösartige Neubildung lenken. Hustenreiz ist ein Symptom, das besonders bei Epiglottiscarcinom häufig sich einstellt. Auch Heiserkeit kann sich oft als erstes Symptom bemerkbar machen, wenn die Arygegend durch den Tumor in Mitleidenschaft gezogen wird. Leichtes Oedem eines Aryknorpels, Bewegungseinschränkung einer Kehlkopfhälfte ohne andere Ursache sind stets auf ein Carcinom des Sinus piriformis verdächtig. Wächst der Tumor gegen das Kehlkopfinnere weiter, so wird es schließlich auch zu Atemstörungen kommen. Bei Ulzeration macht sich meist starker Foetor ex ore geltend. In der Regel kommt es im weiteren Verlauf der Hypopharynxtumoren zum Übergreifen derselben auf den Kehlkopf selbst. Metastasen meist zu den an den grossen Gefäßen gelegenen tiefen Halslymphknoten treten verhältnismäßig frühzeitig auf. Befinden sich die Patienten dabei gar noch im 5. bis 7. Lebensjahrzehnt, so ist bei Auftreten derartiger oben genannter Symptome nach einem bösartigen Prozess zu fahnden, genaue dahingehende Untersuchung durchzuführen.

a) Zunächst kann ich über 5 Fälle von Hypopharynxtumoren im engeren Sinne berichten. 4 Patienten sind Männer im 7.Lebensjahrzehnt, 1 Patient ist eine 48-jährige Frau. In allen 5 Fällen wurde histologisch Ca festgestellt, das nur in 1 Falle noch nicht regionäre Lymphknoten in Mitleidenschaft gezogen hatte. Was die Ausdehnung der Geschwülste anbelangt, so müssen auch sie bereits als in einem vorgeschrittenen Stadium befindlich betrachtet werden, als sie zur Behandlung in die Klinik aufgenommen wurden. Zur Erläuterung dieser Ausführungen gebe ich im folgenden einige Krankenberichte:

1) (I) 68-jähr.Pat. K. Bemerkt seit April Kitzeln im Rachen, auch Hustenreiz, besonders nachts, seit Ende April stechende Schmerzen in beiden Ohren, Schluckschmerzen. Beim Essen festerer Speisen hat er das Gefühl, sie blieben im Halse stecken. Anfang Mai Konsultation eines Facharztes, stellt eine Geschwulst fest, vermutet Lues und lässt Wa.R. machen: negatives Ergebnis. Mitte Mai Einweisung in die Klinik. Klin.Aufnahmebefund: Am Zungengrund höckerige Verdickung mit zerfallendem Krater in der Mitte, Übergreifen der Veränderungen auf die linguale Epiglottisfläche, die hier verdickt und höckerig erscheint. Rötung der Rachenschleimhaut und der Stimmbänder. Vor dem rechten Sternocleidomastoideus bohnengroße Drüse tastbar. Sofort vorgenommene Probeexcision ergibt Ca.

2) (V) 48-jähr.Patientin B.J. Schluckschmerzen, besonders nachts bestehen schon seit 1928. Seit 1933 Schmerzen auch beim Essen, besonders festerer Speisen, dazu oft Hinaufwürgen von Schleim. Seit 1935 häufig nach Nahrungsaufnahme Erbrechen. Geht 1930 erstmals zu einem praktischen Arzt, danach angeblich alle paar Monate wieder in der Sprechstunde. Der Rachen wurde dort mit Jodtinktur gepinselt, verschiedene Gurgelwässer, Tropfen und Emsersalz

im Laufe der Zeit verschrieben; keine Besserung. Langsam zunehmende Verschlechterung führt sie im November 1935 in die fachärztliche Sprechstunde. Hier sofortige Probeexcision ergibt Ca. Einweisung in die Klinik. Klin.Befund: Ulzerierender, leicht blutender, blumenkohlartiger Tumor im rechten Sinus piriformis, an der Rückfläche des rechten Aryknorpels - rechter Aryknorpel starr - an der Rachenhinterwand und am Speiseröhreneingang bis 3 cm tief. Am rechten Sternocleido und in der linken Submaxillargegend etwa kirschkerngroße Drüse palpabel.

Zusammenfassung.

Es zeigt sich hierbei, dass Klagen über Schluckbeschwerden in allen 5 Fällen von den Patienten angegeben werden. Hinzutreten auch andere Symptome, die einen Hinweis geben, an bösartige Neubildungen zu denken. In 4 Fällen wurde eine Mitbeteiligung der regionären Lymphknoten festgestellt. Die Ausbreitung des Tumors an Ort und Stelle zeigt bei allen 5 Patienten bereits ein Übergreifen auf benachbartes Gebiet, daß somit schon ein vorgeschrittenes Stadium erreicht ist. 4 Patienten suchen einen Facharzt auf, der in 3 Fällen den Tumor richtig erkennt, 1 Fall unter dem Verdacht „luetischer Prozess" nach 10-tägiger Beobachtung der Klinik überweist.

Ein praktischer Arzt wird nur einmal zu Rate gezogen, doch findet hier keine regelmäßige Behandlung während einer 4-jährigen Beobachtungszeit statt. Keine Erkennung des Tumors.

Histologisch sichergestellt wird die Diagnose dreimal in der Klinik, zweimal durch einen Facharzt mittels Probeexcision. Betreffend die Zeitdauer, die verging bis zur Sicherstellung der richtigen Diagnose, so ergeben sich große Unterschiede, nämlich von 1 Monat bis zu 2 Jahren reicht die Vorgeschichte der 5 Patienten zurück.

b) Über die Symptomatologie der äusseren Kehlkopfgeschwülste, die ja allgemein den Hypopharynxtumoren zugerechnet werden, gab ich zu Anfang dieser Gruppe Hinweise, sodass ich darüber hier nichts weiter zu erwähnen brauche. Insgesamt verfüge ich über ein Material von 13 Fällen mit äusseren Kehlkopfgeschwülsten. Wie immer stellt auch von diesen das 6. bis 7.Lebensjahrzehnt den Hauptanteil. Der jüngste Patient ist 44 Jahre alt, der älteste 72 Jahre. Nur in einem Fall handel es sich um eine Frau, die übrigen sind männlichen Geschlechts.

Als erstes Symptom werden von 6 Patienten Schluckbeschwerden angegeben, entweder als eigentliche Schmerzen beim Schlucken oder auch als Kratzen oder Brennen im Hals, in einem Fall verspürt der Patient zuerst ein Fremdkörpergefühl. Bei 5 Patienten stellt sich anfangs eine zunehmende Heiserkeit ein, während ein Patient mit später festgestelltem Epiglottiscarcinom zuerst unter starkem Reizhusten und stechenden Ohrschmerzen zu leiden hatte. Allein bei 10 Patienten sind bis zum ersten Arztbesuch noch andere Erscheinungen seites des Tumors hinzugekommen, wie ich es unten folgend in einigen Krankenberichten erwähnen kann:

1) (IV) 44-jähr.Pat. P.L. Verschluckt im Januar 36 ein kleines spitzes Knochenstückchen. Nach heftigem Räuspern spuckt er es aus, hat darauf eine starke Blutung aus dem Munde. Dann bis März beschwerdefrei. Jetzt Auftreten von allmählich zunehmenden Schluckschmerzen, Kratzen im Hals. Bereits Ende März 1936 Aufsuchen eines Facharztes. Bekommt hier Kehlkopfspritzen, Wa.R. war negativ. Ende August Einweisung in die Klinik unter der Verdachtsdiagnose auf Tumor. Von August 36 bis zur Klinikaufnahme am 1.9.36 6 Pfund Gewichtsabnahme. Klin-Aufnahmebefund: Die ganze linke Arygegend ist tumorös verändert, kleine Drüse in der linken Supraclaviculargrube tastbar. Probeexcision aus dem linken Sinus piriformis und linker ary-epiglottischer Falte ergibt Ca.

2) (V) 52-jähr.Pat. T.S. Seit September 1936 heiser, früher angeblich öfters Halskatarrhe, dazu beim Schlucken Brennen im Hals, seit Januar 37 stärkere Heiserkeit. Bereits im September 36 in fachärztlicher Sprechstunde, dort 4 Wochen in Behandlung. Facharzt verordnet H_2O_2, hat den Rachen öfters gepinselt. Darauf geringe Besserung der Heiserkeit. Dann etwa 3 Monate ohne ärztliche Betreuung. Erst am 26.1.37 wieder ärztliche Konsultation bei einem anderen Facharzt. Hier sogleich vorgenommene Probeexcision ergibt Ca. Darauf Einweisung in die Klinik. Befund: Linke Larynxseite starr, Aryknorpel und ary-epiglottische Falte infiltriert. Blumenkohlartige Verdickung am linken Stimm- und Taschenband in der Nähe des Aryknorpels. Am linken Unterkieferrand zwei etwa pflaumengroße derbe Drüsen tastbar.

3) (X) 47-jähr.Pat. J.R. Seit Herbst 1936 katarrhähnliche Beschwerden, musste viel husten. Ab und zu am linken Ohr stechende Schmerzen. Seit Februar 1937 starke Schluckschmerzen, langsam zunehmend. Kann seit Mai nurmehr flüssige Nahrung zu sich nehmen, seit Anfang Juli etwas Fieber. In den letzten Wochen vor Klinikaufnahme angeblich merkliche Gewichtsabnahme (ohne bestimmte Angabe). Am 30.4. beim Facharzt. Zweimal Heißluftbehandlung, nahm Probeexcision vor. Einweisung in die Klinik nach Sicherstellung der Diagnose Ca. Trotz fachärztlichen Rates sofort in die Klinik zu gehen, bleibt Patient 4-5 Wochen ohne jede ärztliche Behandlung. Aufnahme in die Klinik am 11.6. Klin. Befund: Epiglottis besteht aus ca.pflaumengroßem Tumor, sodass der Blick in den Larynx unmöglich ist. Am linken Sternocleido pflaumengroße derbe Drüse tastbar. Subaxillar links mehrere kleine, derbe, noch verschiebliche Drüsen.

4) (XI) 72-jähr.Patientin W.J. Seit 3 Jahren bestehende, allmählich zunehmende Heiserheit. Seit Januar 1937 starke Gewichtsabnahme, Schmerzen im Hals beim Schlukken festerer Speisen. Seit Februar 1937 Atembeschwer-

den, Gefühl, es werde die Luftröhre abgedrückt. Die Stimme ist seit Mai völlig tonlos. Hat angeblich 1935 zuerst einen praktischen Arzt um Rat gefragt. Bis Mai 1937 in unregelmäßigen längeren Zeitabschnitten immer wieder einmal bei dem Arzt gewesen. Er verordnete Inhalationen, Halswickel, gab ihr an, es handle sich um Stimmbanderkrankung. Er überweist sie nach ihrem letzten Besuch im Mai 1937 unter der richtigen Verdachtsdiagnose der Klinik. - Klin. Befund: Großer blassroter Tumor im rechten Sinus piriformis, nach vorn bis fast an die Mittellinie der lingualen Epiglottisfläche nach innen über die aryepiglottische Falte hinweg über rechten Aryknorpel, rechtes Taschen- und Stimmband sich ausdehnend. Rechter Aryknorpel und Epiglottis starr eingemauert. Einige kleine derbe Drüsen unter dem rechten Kieferbogen. Probeexcision ergibt Ca.

Der letzte Fall dürfte als Schulbeispiel für die Verschleppung durch die Patientin selbst betrachtet werden. Von eigentlich ärztlicher Behandlung bis zur Klinikaufnahme kann nicht gesprochen werden. Im Großen und Ganzen beachtete die Patientin nicht weiter die Erscheinungen.

Zusammenfassung:

Bei allen Patienten mit äusseren Kehlkopfgeschwülsten sind Schluckschmerzen oder Heiserkeit, bezw. beides zusammen festzustellen, oft noch mit den anderen Erscheinungen, wie Fremdkörpergefühl usw., verbunden. Ein Teil der Kranken, nämlich 7 unter 13, kommen bis zu einem Monat, einer davon bereits nach 8 Tagen nach Auftreten von Hals- und Schluckschmerzen in ärztliche Behandlung, während der andere Teil von 2 Monaten bis zu einem Jahr wartet. Von 2 Patienten sind keine genaueren Zeitangaben bezüglich der Vorgeschichte zu erfahren. Betrachtet man die Zeit, über die die Patienten in praktisch ärztlicher oder teilweise auch

in fachärztlicher Beobachtung standen, ohne dass oder bis schließlich eine richtige Diagnose bezw. der Verdacht auf bösartige Neubildung festellt wird, so erscheint diese doch oft reichlich lange. Es ist zu bedenken, dass freilich diese hier gelegenen Tumoren Symptome auslösen, die auch durch harmlose katarrhalische Prozesse verursacht sein können. Doch das nach einiger Zeit sich herausstellende Fehlschlagen der für letztere Prozesse sonst erfolgreichen Therapie muss zu näherer Untersuchung veranlassen, zumal wenn, wie so oft, trotz Behandlung weitere Beschwerden sich einstellen. Dazu zeigt sich regionäre Lymphknotenbeteiligung in vielen Fällen. Auch das Alter der Patienten muss bei Vorhandensein obiger Symptome an bösartige Neubildung zu denken Veranlassung geben. 8-mal unter 13 Fällen wird ein praktischer Arzt um Rat gefragt. Eine richtige (Vermutungs-) Diagnose wird nur in einem Falle mit Sicherheit gestellt, wobei allerdings dem betreffenden Arzt eine, wenn auch nicht regelmäßige Beobachtung von 2 Jahren gegeben war. Die anderen praktischen Ärzte kommen zu keiner richtigen Diagnose, sie überweisen die Patienten nach einer Behandlungszeit von 3 Wochen bis zu 5 Monaten, in einem Falle nach 2 Jahren bei unregelmäßiger Behandlung, an einen Facharzt, oder die Patienten gehen schließlich von selbst zu einem anderen Arzt, da sie keinen Erfolg der Behandlung merken.

11 Fachärzte werden um Rat gefragt, davon wird 9-mal ein Tumor vom Facharzt vermutet oder richtig erkannt, und zwar 6-mal sofort oder innerhalb 8-14 Tagen, in 3 weiteren Fällen erst nach erfolgloser Behandlung unter anderer Vermutungsdiagnose, z.B. Lues. In zwei Fällen wird der Tumor vom Facharzt nicht erkannt. Bei 5 der 11 Fälle kann er durch Probeexcision die Diagnose sicherstellen.

Was die Ausbreitung des Tumors zur klinischen Aufnahme anbelangt, so ist er in keinem Falle mehr scharf

begrenzt auf seine Ausgangsstelle, die überhaupt öfters nicht mehr feststellbar ist, sondern greift bereits auf die Umgebung über. Bei 10 Kranken wurde ein Mitergriffensein regionärer Lymphknoten festgestellt, nur bei 3 war dies nicht der Fall. Die kürzeste Zeitdauer bis zur Sicherstellung der richtigen Diagnose beträgt 1 1/2 Monate gerechnet vom Auftreten von Symptomen an, bei allen anderen länger, obwohl 7 Patienten höchstens 1 Monat bis zum ersten Arztbesuch vergehen ließen.

Die inneren Larynxtumoren.

An inneren Larynxtumoren erkrankte Patienten gelangten 18 zur klinischen Aufnahme, davon sind 17 Männer, nur ein Patient eine Frau im Alter von 49 Jahren. A l b r e c h t gibt an, dass von 100 Larynxcarcinomfällen nur 8 Frauen sind. Der jüngste Patient ist 36 Jahre, der älteste 75 Jahre alt. Allein 11 Patienten stehen im 6. bis 7.Lebensjahrzehnt, das Durchschnittsalter beträgt 60 Jahre. Auch aus einer Tabelle von S e n d z i a k geht hervor, dass das 50. bis 60.Lebensjahr besonders gefährdet ist. In allen 18 Fällen wurde histologisch Ca festgestellt.

Welche Symptome werden durch das innere Kehlkopfcarcinom ausgelöst? Vornehmlich ist es die Heiserkeit, als klassisches Symptom dieser Tumoren bezeichnet, die entweder plötzlich auftritt, sehr bald ein fast völliges Tonloswerden der Stimme bewirkt oder in anderen Fällen langsam zunehmend die Kranken über kurz oder lang in ärztliche Behandlung führt. Jeder Fall von über 6 Wochen dauernder Heiserkeit bei Individuen über 40 Jahren ist als Ca-verdächtig zu betrachten (Z r ü n i n g s u.a.). In manchen Fällen wird ausserdem von den Patienten ein Fremdkörpergefühl angegeben. Auch zum Ohre oder in den Hinterkopf ausstrahlende stechende Schmerzen können sich hierbei

einstellen. In einigen Fällen zeigt sich reichlich Auswurf, gelegentlich blutig durchsetzt. Zu Hustenanfällen kann es kommen, wenn durch derbe Infiltration der Taschenfalten und des Kehlkopfeingangs der Larynxverschluss beim Schluckakt unvollständig ist. Auch werden spontane Blutungen beobachtet. Zu Atemstörungen kommt es meist erst ziemlich spät, hingegen stellen sich solche bei subglottisch sich erstreckenden Tumoren oft auch frühzeitig ein, namentlich bei Anstrengungen. Im fortgeschrittenen Stadium treten auch Schluckschmerzen auf. Das Allgemeinbefinden der Patienten bleibt lange Zeit hindurch unbeeinflusst. Die regionären Lymphknoten werden im allgemeinen erst in späteren Stadien mitergriffen. Bei der Untersuchung ist vor allem zu beachten, dass jede circumskripte Verdickung, jede diffus einseitige Stimmlippeninfiltration auf Ca verdächtig ist.

Von allen 18 Patienten wird als erstes Symptom Heiserkeit angegeben, die sich bei ihnen vielfach plötzlich einstellte, ohne dass sie vorher an Katarrhen usw. zu leiden hatten. 5 Patienten klagen ausserdem beim ersten Arztbesuch noch über andere Erscheinungen, wie Schluckschmerzen, Fremdkörpergefühl, Atemnot. 2 Patienten kommen bereits nach 3 Wochen nach Auftreten der Heiserkeit zum Arzt, 5 erst nach 1-2 Monaten, weitere 5 warten 2 1/2 bis 3 Monate, während die restlichen 6 nach 4-6 Monaten ärztlichen Rat einholen. Die Mehrzahl der Kranken hat also schon die 6-Wochen-Grenze überschritten, als schließlich ein Arzt zugezogen wird. Dass die Kranken meist relativ lange warten, bis ein Arzt aufgesucht wird, lässt sich wohl darauf zurückführen, dass die Patienten die Heiserkeit für einen Katarrh halten und durch die warme Jahreszeit Besserung erhoffen oder auch durch Selbstbehandlung mit Tees und Halswickeln Genesung zu erreichen suchen. Dass dennoch in vielen Fällen der Arzt trotz längerer Beobachtungszeit zu keiner richtigen Vermutung oder Diagnose kommt, ist meinen Krankengeschichten zu entnehmen.

Davon einige zur Erläuterung.

1) (II) 54-jähr.Pat.L.D. Seit Mitte Juni 1936 heiser. Anfang Juli Konsultation eines praktischen Arztes, der ihn gurgeln lässt, ihm einige Pillen verschreibt, zur Ausheilung des „Rachenkatarrhes", viel an die frische Luft zu gehen rät. Seit August 1936 Kratzen und Brennen im Hals beim Schlucken und Sprechen, beim Leerschlucken Druckgefühl daselbst. Anfang August 36 begibt er sich in die fachärztliche Sprechstunde. Bleibt dort etwa 2 Monate in Behandlung. Da keine Besserung eintrat, Einweisung in die Klinik. Klin.Aufnahmebefund: Rechte Kehlkopfseite nur wenig beweglich, höckriger Tumor des rechten Stimmbandes bis zur vorderen Commissur reichend, keine Drüsenmetastasen. Probeexcision ergibt Ca. - Patient somit ca. 3 Monate in ärztlicher Behandlung ohne richtige Diagnosestellung.

2) (VI) 54-jähr.Pat. B.D. Plötzlich im September 1934 auftretende Heiserkeit. Anfang November 1934 suchte er deshalb einen praktischen Arzt auf, der Kehlkopfkatarrh annimmt, verschiedene Tabletten verordnet. 14 Tage später kommt Patient in laryngologische Poliklinik, hier Diagnose Laryngitis subacuta. Im Januar 35 geht er, da noch keinerlei Besserung, zu einem Facharzt. Nach 14-tägiger erfolgloser Behandlung wird Patient von ihm Probeexcision vorgeschlagen, Pat. lehnt dies ab. Seit März 36 haben sich langsam zunehmende Atembeschwerden eingestellt. Erst im August 36 lässt Pat. durch den betreffenden Facharzt eine Probeexcision vornehmen, die keine Malignität ergibt. Dennoch Überweisung an die Klinik. Die hier vorgenommene Probeexcision ergibt Ca. Befund: Der Larynx ist im ganzen hochrot, die rechte Seite völlig starr. Oedem des rechten Aryknorpels, Schwellung des rechten Taschen- und Stimmbandes mit unregelmäßiger Oberfläche. Atemnot, keine Metastasen.

3) (X) 50-jähr.Pat. K.Sch. Seit September 1936 zunehmend heiser, seit Februar 1937 oft Hustenanfälle, im Juni trat Atemnot hinzu. Von Dezember 36 bis Februar 37 wegen dauernder Heiserkeit in Behandlung eines praktischen Arztes, sah einmal in den „Hals", verordnete Inspirol, Inhalationen, weiterhin Höhensonne und nahm ein paar Kehlkopfeinspritzungen vor. Da keine Besserung blieb Pat. der Behandlung fern. Am 21.4.37 Konsultation eines Facharztes, nahm Wa.R. vor, ließ durch Lungenfacharzt die Lunge untersuchen. Beim 4.Besuch des Pat. am 21.5. Probeexcision, die Ca ergeben haben soll. Pat. verließ Anfang Juni diesen Facharzt, da dieser ihm Operation geraten habe oder längere Bestrahlung. Am 6.7.37 Konsultation eines zweiten Facharztes. Nach Untersuchung sofort in die Klinik überwiesen. Hier am 23.7. Aufnahme. Klin.Befund: Beide Taschen- und Stimmbänder höckerig verdickt, kaum beweglich; subglottisch höckerige Tumormassen, besonders links, keine Drüsenmetastasen. - Somit hier Verschleppung vor allem durch den Patienten selbst, zum Teil auch durch den praktischen Arzt.

4) (IX) 36-jähr.Mann A.K. Seit Januar 1936 zunehmende Heiserkeit, seit Oktober 36 daneben öfters Schluckschmerzen, hier und da zum rechten Ohr ausstrahlende stechende Schmerzen. Sucht im April 36 zunächst praktischen Arzt auf, der ihn sofort dem Facharzt überweist. Dieser soll Patient gesagt haben, es handele sich um Kehlkopfkatarrh, ließ ihn inhalieren. Nach 4 Wochen Behandlung keine Besserung. Patient blieb danach der Sprechstunde fern. Im September 36 probierte er es mit einem Heilpraktiker, doch ohne Erfolg. Im Oktober 36 fragte er nochmals den anfangs aufgesuchten praktischen Arzt um Rat, wird jetzt von ihm sofort in die Klinik geschickt. Klin.Befund: Rechtes Stimm- und Taschenband fast völlig durch Tumor zerstört, Tumor im wesentlichen

subglottisch, reicht bis zur vorderen Commissur, dort auf das linke Stimmband übergreifend, keine Metastase. Sofort Probeexcision ergibt Ca. - Nach 10 Monaten seit Auftreten der ersten Symptome Sicherstellung der Diagnose, obwohl nach 3 Monaten bereits ein Facharzt um Rat gefragt wurde. Hier einen Monat in Behandlung ohne richtige Diagnose.

5) (XVI) 49-jähr.Patientin K.M. Von Sommer 34 ab dauernd langsam zunehmend heiser. Führte Heiserkeit auf Erkältung zurück. Ungefähr 1/2 Jahr nach Auftreten derselben fragte sie einen Facharzt um Rat, nahm Probeexcision vor, ergab keine bösartige Neubildung. Daraufhin ein halbes Jahr Vornahme von Kehlkopfinstillationen alle 14 Tage. Dann blieb Pat. ohne Behandlung, da kein Erfolg der ärztlichen Behandlung zu bemerken war. Atemnot und starke Verschlimmerung der Heiserkeit seit September 36 führten sie Anfang Oktober nochmals zum selben Facharzt. Sofortige Probeexcision, Pat. begibt sich, ohne das Ergebnis abzuwarten, danach von selbst in die Klinik. Klin.Befund: Linkes Stimmband bei Respiration und Phonation völlig starr, Granulationen bis zur vorderen Commissur reichend und subglottisch sich erstreckend, bei Berührung sofort Blutung. Stimmbänder beidseits gerötet und verdickt. Am hinteren Rand des rechten Sternocleido kinderfaustgroßer Tumor. -

Somit hier Sicherstellung der Diagnose erst nach 1 1/2 Jahren nach Auftreten der Heiserkeit. Eine frühere Wiederholung der Probeexcision hätte wohl sicher auch die Feststellung der richtigen Diagnose eher gestattet, denn während der über 1/2 Jahr durchgeführten Behandlung war die unverändert weiter bestehende Heiserkeit zweifellos auf Bösartigkeit verdächtig.

Zusammenfassung.

Es gelangten 18 Patienten mit innerem Kehlkopfcarcinom zur klinischen Aufnahme. Bei allen ist Heiserkeit das erste Symptom seitens des Tumors. Nur 3 Patienten kommen noch innerhalb der ersten 6 Wochen zum Arzt. Im Durchschnitt lassen die Kranken bis zum ersten Arztbesuch 3.2 Monate vergehen, die längste Zeit dafür beträgt 1/2 Jahr. Die durchschnittliche Zeitdauer bis zur Sicherstellung der Diagnose, gerechnet vom Auftreten erster Symptome ab, beträgt 7.8 Monate, d.h. dass nach dem ersten Arztbesuch durchschnittlich noch immer rund 4.5 Monate vergehen, bis die Tumordiagnose feststeht. An Hand der Tabelle kann gezeigt werden, dass die Patienten und teilweise ein Arzt daran Anteil haben, dass nach dem ersten Arztbesuch eine noch so lange Zeit bis zur Sicherstellung der Diagnose vergeht. Durch die erfolglose Therapie eines Arztes ist es manchmal (hier in 6 Fällen) bedingt, dass viele Patienten in der Meinung, es sei ja jede ärztliche Behandlung wohl doch zwecklos, über längere Zeit wieder ohne ärztliche Betreuung bleiben, bis sie schließlich weitergehende Beschwerden nochmals zum Arzt treiben.

2 Patienten suchen zwischendurch bei einem Heilpraktiker die ersehnte Heilung. 10 Patienten fragen einen praktischen Arzt um Rat. Davon wird einmal der Verdacht auf bösartige Neubildung sofort geäussert, ein anderes Mal (Krankenbericht 4) erst zur zweiten Untersuchung 5 Monate später. In den übrigen 8 Fällen kommt der praktische Arzt zu keiner richtigen (Verdachts-) Diagnose.

15 Fachärzte werden um Rat gefragt, wobei in einem Falle (Krankenbericht 3) 2 Fachärzte von einem Patienten aufgesucht werden. 12-mal wird der Tumor vom Facharzt erkannt, davon 6-mal die Diagnose mittels Probeexcision von ihm sichergestellt. Hierbei ist zu bemerken, dass von den 12 Fällen 7-mal die Tumor-(Verdachts-) Diagnose nach der ersten Untersuchung

oder innerhalb von 8 Tagen gestellt wird. In den restlichen 4 Fällen unter den erwähnten 12 kam der Facharzt erst nach längerer über Wochen oder Monate sich erstreckenden Zeit zur Tumordiagnose. In 2 Fällen kam der Facharzt zu keiner richtigen Diagnose, obgleich die betreffenden Kranken ein und zwei Monate in seiner Beobachtung standen. Von einem der 18 Kranken wird eine laryngologische Poliklinik aufgesucht, keine richtige Diagnose; ein anderes Mal ein Stadtkrankenhaus, hier sofort Erkennung des Tumors. Auf den Ausgangsort beschränkt zeigt sich der Tumor nur in 3 Fällen bei der klinischen Aufnahme, in 7 Fällen ist er noch auf die gleiche Seite beschränkt, hat aber bereits auf das Gebiet des äusseren Kehlkopfs übergegriffen. Bei 8 Patienten erstreckt sich der Tumor bereits auf die andere Kehlkopfseite. Nur 2 der 18 Patienten weisen ein Mitergriffensein regionärer Lymphknoten auf, ein Zeichen dafür, dass diese Tumoren meist verhältnismäßig spät zur Metastasierung neigen.

Oesophagustumoren.

Weiterhin kann ich über 18 Fälle von Oesophaguscarcinomen berichten, die während der Zeit meiner Materialsammlung zur klinischen Aufnahme gelangten. Der älteste Patient ist 79 Jahre, der jüngste, eine Frau, im Alter von 43 Jahren. Allein 10 Patienten stehen im 7.Lebensjahrzehnt, 5 haben das 8.Lebensjahrzehnt erreicht. Die restlichen 3 haben ein Alter von 43, 52 und 58 Jahren. Unter den 18 Fällen sind 5 weibliche Kranke.

Über die Symptomatologie dieser Tumoren ist zu berichten, dass Dysphagie das konstanteste Symptom derselben darstellt. Anfangs werden keine oder nur ganz unbestimmte Erscheinungen (Gefühl des Brennens u.ä.) seitens des Tumors eintreten, da durch die

Dehnungsfähigkeit der Wände auch festere Speisen mühelos passieren können, sofern noch ein Teil der Wand frei von Tumorinfiltration bleibt. Allmählich stellen sich Schluckbeschwerden ein, die klinisch denen bei Strikturen durch Verätzung usw. oder auch nach Verschlucken von Fremdkörpern ähnlich sind. Doch werden sich anamnestisch für letztere Möglichkeiten Anhaltspunkte ergeben. In manchen Fällen können allerdings die Schluckstörungen nach Art eines Fremdkörpers ganz plötzlich eintreten. Bei jedem Speiseröhrenfremdkörper in höherem Alter muss man daran denken, dass die Ursache des Steckenbleibens ein Carcinom sein kann (R u d e r t). Anfangs verspüren die Patienten einen Druck beim Schlucken fester Speisen, der sich ihnen erst hie und da fühlbar macht. Allmählich wird sich das Druckgefühl dauernd an ein und derselben Stelle beim Essen festerer Ingesten geltend machen. Die Patienten geben schließlich an, sie hätten das Gefühl, als gingen die Speisen nicht mehr hinunter, blieben unterwegs stecken. Ein mehr minder starkes Druckgefühl macht sich ihnen in Höhe der Stenose geltend. Sie sehen sich zu starken Schlingbewegungen zum Verschlucken der Bissen veranlasst, müssen Flüssigkeiten nachtrinken. Macht das Tumorwachstum weitere Fortschritte, so passieren festere Speisen überhaupt nicht mehr. Die Kranken können nur noch breiige Kost, weiterhin nurmehr Flüssigkeiten zu sich nehmen. Es kommt zum Hinaufwürgen der Speisen, oft verbunden mit starken Hustenanfällen. Auch Erbrechen, entweder direkt nach der Nahrungsaufnahme oder auch einige Zeit danach - je nach der Lage der Stenose - kann hinzukommen. Bei hochgradiger Verengerung wird oft reichlich Sekretion eines fadenziehenden, zähen, manchmal blutig durchsetzten Schleimes beobachtet. Tritt Zerfall des Tumors ein, so kann es vorübergehend zu Besserung der Schluckbeschwerden kommen. In allen diesen Fällen wird sich übler Foetor ex ore bemerkbar machen. Aus-

strahlende Schmerzen, unabhängig von der Nahrungsaufnahme, zwischen die Schulterblätter, ins Epigastrium, in den Brustbeinbereich belästigen in manchen Fällen die Kranken. Heiserkeit bei tiefersitzenden Carcinomen ist durch Affektion der Nn.recurrentes bedingt, vor allem wird der linke N.recurrens betroffen, während bei den im Anfangsteil des Oesophagus gelegenen Carcinomen Heiserkeit sowohl mechanisch als auch durch Übergreifen der Geschwulst auf den Kehlkopf selbst bewirkt sein kann. Eine Perforation in die Luftwege löst starke Hustenanfälle aus, und es wird sich Dyspnoe bemerkbar machen. Nachweisbares Befallensein regionärer Lymphknoten tritt mit Ausnahme derjenigen des oberen Drittels verhältnismäßig spät ein, meist kann dann zuerst ein Ergriffensein der Drüsen in den Supraclaviculargruben, besonders links, festgestellt werden. Verhältnismäßig frühzeitig werden die Patienten durch die mehr und mehr zunehmende Stenose infolge Nahrungsmangels abmagern, werden auch späterhin mehr und mehr kachektisch werden. Zur Sicherstellung der Diagnose sind spezielle Untersuchungsmethoden unerlässlich.

Als erstes Symptom wird von 10 Patienten ein Druckgefühl hinter dem Brustbein beim Schlucken fester Speiseteile angegeben, die restlichen 8 hatten zuerst das Gefühl, die Speisen gingen nicht mehr recht durch. Teilweise verspürten sie auch Schmerzen an umschriebener Stelle. Nur 2 Patienten suchen unter Angabe nur eines einzigen Symptoms schon nach 8 Tagen seit dem Auftreten desselben einen Arzt auf. Bei weiteren 4 Kranken geht die diesbezügliche Vorgeschichte 1-2 Monate zurück. Bei ihnen und den übrigen Fällen haben sich zum ersten Arztbesuch ausser den Schluckbeschwerden oder einem Druckgefühl noch andere Symptome hinzugesellt derart, wie ich sie oben einleitend erwähnen konnte. Mit 3-4 Monate lang bestehenden Beschwerden fragen 7 Kranke einen Arzt um Rat, weite-

re 4 warten damit 6-9 Monate. Beim letzten Fall soll bereits 2-3 Jahre lang ein „Brennen" im Hals während der Nahrungsaufnahme bestehen, Druckgefühl hinter dem Brustbein; fauliges Aufstoßen und stechende Schmerzen im Rücken führen ihn schließlich in die ärztliche Sprechstunde. Die durchschnittliche Anamnesenzeit beim ersten Arztbesuch beträgt 3 1/2 Monate. R u - d e r t weist darauf hin, dass von den von ihm gesammelten 40 Fällen mit Speiseröhrenkrebs nur 17 als Früh- formen beim ersten Arztbesuch gelten können Auch hi- ist auf die Frage, warum die Patienten erst längere Zeit vergehen ließen, bis sie zunehmende Beschwerden zum Arzte führen, zu hören, dass sie hofften, die Beschwerden würden von selbst wieder vergehen. Daneben spielt auch die Gleichgültigkeit der Kranken gegen sich selbst eine Rolle, die, wie so oft, erst mehrere Erscheinungen zusammenkommen lassen, bis ein Arzt aufgesucht wird. Nachfolgend einige Krankenberichte:

1) (III) 73-jähr.Mann S.Ph. Anfang Oktober plötzlich Schluckbeschwerden beim Essen fester Speisen. Bis zum November verschlechtert sich sein Zustand so weit, dass auch Flüssigkeiten regurgitieren. Dazu Druckgefühl im oberen Teil der Brust, teilweise Schmerzen. Gleichzeitig mit den Schluckbeschwerden heftiger Reizhusten und schleimiger Auswurf. Seit Anfang Oktober bis zur Klinikaufnahme am 11. November angeblich 20 kg Gewichtsabnahme. Fragt Ende Oktober einen praktischen Arzt um Rat, erhält eine Salbe zum Einreiben der schmerzhaften Stelle an der Brust und ein Gurgelwasser verordnet, keine Besserung. Anfang November beim Facharzt, dort 3 Wochen in Behandlung. 4-mal wird der Rachen von ihm gepinselt, keine Besserung. Weist ihn darauf ohne Diagnosenstellung in die Klinik zur Untersuchung ein. Die hier vorgenommene Oesophago- und Tracheoskopie mit Probeexcision ergibt die sichere Diagnose Ca. - Klin.Befund: In 30 cm Tiefe Oesopha-

guslumen durch weichen, leicht blutenden Tumor völlig verlegt. An der Hinterwand der Trachea direkt oberhalb der Bifurcatio Tumor von 5-Markstückgröße mit granulierender Oberfläche.

2) (VII) 79-jähr.Pat.J.M. Seit Anfang Mai Gefühl, festere Speisen blieben stecken. Dabei Druckgefühl hinter dem Brustbein, stets an derselben Stelle. Kann schließlich nur noch breiige Kost schlucken. In diesem Zustand Ende Juli Konsultation eines praktischen Arztes: Durchleuchtung, gibt kein sicheres Ergebnis. Verordnet Sirup zum Einnehmen. Etwa 3 Wochen in dessen Behandlung. Mitte August sucht Patient von sich aus die Medizinische Poliklinik auf. Roentgenologische Untersuchungen ergeben Anfang Dezember die Diagnose Oesophagus-Ca. Inzwischen Auftreten von Erbrechen und Gewichtsabnahme. Mitte September hier in der Klinik Sicherstellung der Diagnose durch Probeexcision. - Klin. Befund: In 30 cm Tiefe stenosierender leicht blutender Tumor, keine nachweisbaren Metastasen.

3) (IX) 52-jähr.Patientin M.G. Seit August Druckgefühl in der Brust beim Essen gröberer Speisen, oft dabei Aufstoßen und übler Mundgeruch. In diesem Zustand sucht sie Ende Oktober einen praktischen Arzt auf. Dieser pumpt den Magen aus, stellt HCl-Mangel fest, verordnet Pepsin. Bei späterer Durchleuchtung wurden angeblich Verwachsungen festgestellt. Seit Weihnachten kann sie nurmehr leichtes Essen zu sich nehmen und nur langsam schlucken. Erneute Konsultation des Arztes im Januar, rät ihr jetzt eine Klinik aufzusuchen, stellt Gewichtsabnahme fest. Trotz ärztlichen Rates geht Patientin erst nach 1 1/2 Monaten in die Medizinische Klinik. Hier 4 Wochen zur Beobachtung, 3-mal Durchleuchtung; danach Stellung der Diagnose Ca. Sicherstellung derselben durch

Probeexcision hier in der Klinik. - Klin.Befund: In 35 cm Tiefe leicht blutender stenosierender Tumor. Sonde von 16 Ch. geht eben noch durch. Keine Metastasen.

4) (XVII) 60-jähr.Pat. J.G. Im Oktober 1934 plötzlich beim Essen von Torte eigenartiges Druckgefühl hinter dem Brustbein. Seither immer Druckschmerzen beim Essen fester Speisen. Im Frühjahr 1935 kommt öfters Brechreiz hinzu. Befragt im August 1935 einen praktischen Arzt, in dessen Behandlung er bis Dezember 1936 bleibt. Seit Frühjahr 36 ausstrahlende stechende Schmerzen in den ganzen Brustkorb. Zunehmende Schmerzen hinter dem Brustbein. Wird von seinem Hausarzt im Frühjahr 36 auf 3 Tage in ein Krankenhaus zur Untersuchung geschickt, hier Diagnose Magenulcus. Danach medikamentöse Weiterbehandlung des praktischen Arztes. Bis Oktober 36 geringfügige Besserung. Seit damals wieder Zunahme der Schluckstörungen so weit, dass er nur noch Breiiges essen kann. Seit einem Jahr angeblich 10 Pfund Gewichtsabnahme. Anfang Dezember Einweisung in die Klinik, durch Probeexcision in Autoskopie Diagnose Ca. - Klin.Befund: In 35-42 cm Tiefe Speiseröhrenwand circulär infiltriert, etwas starr, flacher, leicht blutender Tumor an der Hinter- und rechten Seitenwand. Keine wesentliche Stenose, keine Metastasen feststellbar.

Ich darf hier noch auf die Arbeit von R u d e r t hinweisen, in der über die Klinik des Speiseröhrenkrebses von 40 derartigen Fällen berichtet wird, die in den Jahren 1932-1936 zur klinischen Aufnahme gelangten. Es wird dort festgestellt, dass 9 Patienten bei den ersten unbestimmten Beschwerden einen Arzt aufsuchten, mit leichten Schluckstörungen 8, während 8 einen Arzt um Rat fragten, als sie nur noch Brei essen konnten und gar noch 15, die nur noch Flüssiges zu sich nehmen konnten, oder auch schon Perforationszeichen zeigten.

Vom Arzt (es wird hier allgemein vom Arzt ohne Trennung zwischen praktischem Arzt und Facharzt gesprochen) wird in der ersten Gruppe mit unbestimmten Beschwerden in einem Fall sofort, in 2 Fällen nach Wochen und bei 5 Patienten erst nach 2-6 Monaten die richtige Diagnose gestellt. In der zweiten Gruppe mit leichten Schluckstörungen wird sofort in 2 Fällen, nach einem Monat in 2 weiteren Fällen, nach 4 Monaten in 2 Fällen und nach 7 Monaten in einem Fall die richtige Diagnose gestellt. Bei der dritten Gruppe kommt der Arzt sofort in 6 Fällen zur richtigen Diagnose, in 1 Fall nach 1 Monat, in der letzten Gruppe wird in 14 Fällen sofort richtig diagnostiziert

Zusammenfassung.

Es kamen 18 Patienten mit Speiseröhrenkrebs zur klinischen Aufnahme. Als erstes Symptom werden von 8 Kranken Schluckstörungen, von 10 Patienten ein Druckgefühl beim Schlucken fester Speisen angegeben. In 16 Fällen bestehen zum ersten Arztbesuch ausser diesen Symptomen noch weitere Erscheinungen seitens des Tumors. Die durchschnittliche Dauer der Vorgeschichte beträgt 3 1/2 Monate Nur 2 Patienten suchen innerhalb der ersten 8 Tage nach Auftreten von Beschwerden einen Arzt auf.. Die kürzeste Zeit bis zur Sicherstellung der Diagnose nach Eintritt von Beschwerden beträgt 2 Monate. Die Durchschnittszeit 4.6 Monate, ohne hierbei die längste bis zur Sicherstellung der Diagnose vergangene Zeit von 2 Jahren einzurechnen. In 14 Fällen wird vor der Klinikaufnahme ein anderer Arzt um Rat gefragt, sei es, dass ein praktischer Arzt, Facharzt oder ein Krankenhaus zuvor aufgesucht wird.

11-mal wird zuerst ein praktischer Arzt konsultiert. In einem Fall ist der Kranke mit 4-monatiger Anamnesenzeit 8 Tage beim praktischen Arzt zur Beobachtung, dann bleibt er fort; in 4 Fällen Be-

handlung bis zu einem Monat, in weiteren 5 Fällen bis zu 3 1/2 Monaten, während ein Patient bis zu 1 1/4 Jahren vom prakt.Arzt betreut wurde. Davon wird in 2 Fällen die richtige Vermutungsdiagnose vom prakt. Arzt nach 1 1/2 und 2 1/2 Monaten gestellt, in den übrigen Fällen kommt er zu keiner richtigen Diagnose. Von den 11 Kranken überweist der prakt.Arzt 5 einem Facharzt oder der Klinik, in den übrigen 6 Fällen bleiben die Patienten der Behandlung von sich aus fern. Nur in 3 Fällen wurde ein H.N.O.-Facharzt zugezogen. In einem dieser 3 Fälle kommt er nach 1 1/2 Monaten zur richtigen Vermutungsdiagnose, während in den anderen 2 Fällen keine richtige Diagnose gestellt wird. In 2 Fällen werden die Kranken von ihm der Klinik überwiesen.

Insgesamt 10 der 18 Patienten werden in einer Medizinischen Klinik oder einem Krankenhaus oder von einem Facharzt für innere Krankheiten untersucht und beobachtet. Von den zuletzt genannten Fachärzten und Kliniken (1 Patient nimmt erst einen Facharzt, dann eine medizinische Klinik in Anspruch) wird 8-mal die richtige Diagnose gestellt, darunter sofort oder innerhalb von 8 Tagen in 2 Fällen. Zweimal wird keine richtige Diagnose gestellt. Die längste hierbei festgestellte Behandlungszeit bis zur Überweisung von da an die Klinik beträgt 4 Wochen.

H a u b o l d gibt in einer Zusammenstellung an, dass sofort einschließlich einem Monat vom Facharzt 61.6 % weibliche, 70.4 % männliche Kranke mit Speiseröhrenkrebs in die Klinik geschickt werden, nach einem Jahr 15.4 % weibliche und 3.7 % männliche Patienten. - Die Sicherstellung der Diagnose erfolgte 15-mal in der Klinik mittels Autoskopie und Probeexcision, 3-mal in einer Medizinischen Klinik auf Grund der Roentgendiagnostik.

Bemerkenswert ist, dass der praktische Arzt nur zweimal zur richtigen Diagnose kommt, obwohl der

Patient entweder eine längere tumorverdächtige Vorgeschichte aufwies, oder aber eine längere ärztliche Behandlung oder Beobachtung gegeben war. Denn auch während seiner Behandlungszeit sind in den meisten Fällen noch irgendwelche Symptome hinzugetreten, die auch zur Symptomatologie des Speiseröhrenkrebses gehören.

Die Überweisung des Arztes oder Krankenhauses in die Klinik wird von den Patienten meistens sofort befolgt. In 2 Fällen war einwandfrei festzustellen, dass die Patienten trotz des ärztlichen Rates noch 14 Tage und 1 1/2 Monate warteten. Bei 6 Patienten wird nur noch symptomatische Therapie eingeleitet wegen des hohen Alters der Kranken oder der weitgehenden Ausbreitung des Tumors. In den anderen Fällen wird Radium- oder Roentgenbestrahlung durchgeführt. Nur bei 2 unter den 18 Kranken mit Speiseröhrenkrebs kann ein Mitergriffensein der regionären Lymphknoten am Hals und den Supraclaviculargruben festgestellt werden. Bei 3 Fällen zeigt sich ein Vordringen des Tumors bis zur Trachea.

Schlussbetrachtung.

Es befanden sich insgesamt 100 Fälle bösartiger Neubildungen in der Zeit von Frühjahr 1936 bis zum Sommer 1937 in klinisch stationärer Behandlung, davon sind 21-mal Frauen betroffen. Rückblickend ist festzustellen, dass 11 Tumoren der Nase und ihrer Nebenhöhlen, 11 des Epipharynx, 23 des Mesopharynx einschließlich der Tonsillen, 5 des Hypopharynx mit 13 äusseren Kehlkopftumoren genannt werden können; dazu kommen 18 Carcinome des inneren Kehlkopfes, ein Sarkom einer Halslymphdrüse und 18 Speiseröhrenkrebse. Es kann festgestellt werden, dass die Mehrzahl der Geschwülste bereits in einem vorgeschrittenen Stadium, teilweise inoperabel in klinische Behandlung gelangte. Das Mitergriffensein regionärer Lymphknoten ist je nach dem Sitz der Geschwulst zahlenmäßig verschieden. Wie auch im Schrifttum angegeben, finden sich bei einigen Tumorlokalisationen frühzeitig Metastasen, so z.B. beim Epipharynx-Ca früher als bei denen der Nase und ihrer Nebenhöhlen, denen beiden als Hauptsymptom eine Behinderung der Nasenatmung eigen ist. Ebenso wird meistens bei den Meso- und Hypopharynxtumoren eine Mitbeteiligung regionärer Lymphknoten beobachtet, während solche des inneren Larynx erst im weit vorgeschrittenen Stadium Lymphknotenmetastasen zeigen. Auch beim Oesophagus-Ca konnte ich nur in 2 Fällen und dies bei ausgedehntem Tumorwachstum eine Miterkrankung der regionären Lymphknoten klinisch feststellen. Die Sicherstellung der Diagnose erfolgte in der Klinik in sämtlichen Fällen durch Probeexcision. Zu Anfang jedes neuen Kapitels über einen anderen Sitz bösartiger Geschwülste gab ich Hinweise auf die Symptomatologie, um damit bei den jeweiligen Berichten über die einzelnen Tumorfälle zweckdienliche Vergleichsmöglichkeiten zu haben. Dabei zeigt sich, dass in den allermeisten Fällen Erscheinungen in einer Form zutage treten, die zumindest einen Ver-

dacht auf eine bösartige Neubildung zulassen. Es ist den Tabellen zu entnehmen, dass bei allen Tumoren nur ein geringer Prozentsatz, nämlich knapp der vierte Teil der Fälle, innerhalb eines Monats ärztlichen Rat einholt. Je länger die Patienten zuwarten bis zum ersten Arztbesuch, desto mehr Erscheinungen werden naturgemäß durch die Geschwulst ausgelöst. Abgesehen von den jeweiligen für die betreffende Tumorlokalisation typischen Symptomen können für alle hier besprochenen Fälle mit Ausnahme denen des Oesophagus Beschwerden festgestellt werden, die immer wieder aufzutreten pflegen: So sind zum Ohre ausstrahlende stechende Schmerzen oder auch stechende Kopfschmerzen, besonders bei einseitigem Auftreten, sowie Fremdkörpergefühl auf Tumor verdächtig. Es kann bei allen Tumoren darauf verwiesen werden, dass die durchschnittliche Zeit der Vorgeschichte stets Monate ergibt. Diagnostisch am günstigsten liegen die Dinge in dieser Hinsicht bei den äusseren Kehlkopfgeschwülsten. Schluckschmerzen und dazu tretende Heiserkeit veranlassen die Patienten hierbei durchschnittlich nach 1.6 Monaten zum Arzt zu gehen. Tumoren, die durch ihre Lokalisation zunächst weniger alarmierende, die Kranken nur belästigende Symptome auslösen, werden auch den Patienten später in ärztliche Behandlung führen. Ich denke hierbei besonders an Epipharynxtumoren, die sogar eine durchschnittliche Anamnesenzeit von 7.8 Monaten aufweisen, wobei allerdings zu beachten ist, dass 2 Patienten erst nach 12 und 16 Monaten ärztlichen Rat einholen, andererseits zwei Geschwülste im symptomfreien Stadium zufällig entdeckt werden. An dieser meist relativ langen Anamnesenzeit wird sich wohl kaum auch in Zukunft etwas ändern lassen. Stets wird es Patienten geben, die vorsichtig oder ängstlich sind, sich frühzeitiger in die ärztliche Sprechstunde begeben, und solche, die eben hoffen, die Beschwerden würden von selbst wieder verschwinden.

Fast alle Kranken, die über längere Zeit hin schon irgendwelche Beschwerden zu ertragen hatten, geben auf die Frage, warum sie erst spät einen Arzt um Rat gefragt hätten, die Antwort, dass sie ein Abklingen der Beschwerden durch den Sommer oder allmählich von selbst erhofft hätten. Denn viele Patienten beachten die verschiedenen Erscheinungen nicht weiter, bezw. halten sie für einen Katarrh, der ja auch in vielen Fällen ähnliche Beschwerden auslösen kann. Verschlimmert sich der Zustand mehr und mehr, dann gibt eines Tages doch eine Summe von Symptomen den Anlass, einen Arzt um Rat zu fragen.

Serienuntersuchungen der Gesamtbevölkerung zur Erfassung der Geschwulstkranken im Latensstadium, wie sie S a n d - Brüssel vorschlug, dürften praktisch undurchführbar sein. Dass demgegenüber auf dem Gebiet der Frauenheilkunde schöne Erfolge mit Untersuchungsstellen, Publikumsaufklärung und Reihenuntersuchung in der Art organisiert und weiter ausgebaut, wie G. W i n t e r sie zuerst in Ostpreußen einrichtete, zu verzeichnen sind, darüber gibt das ziemlich umfangreiche Schrifttum nähere Auskunft.

Wie ich einleitend schon kurz erwähnte, ist mit all diesen oder ähnlichen Maßnahmen den Tumorfällen der oberen Luft- und Speisewege nicht beizukommen. Die Vielseitigkeit ihrer oft versteckten Lage, die damit verbundenen Schwierigkeiten der Untersuchung, das Befallensein beider Geschlechter, auch gelegentlich in jugendlichem Alter, wird im allgemeinen erst ein Erfassen all dieser Fälle bei Eintreten von Tumorsymptomen möglich machen. Somit werden also diese Geschwülste im allgemeinen erst im zweiten Stadium erfasst werden können, die günstigste Zeit zur radikalen Beseitigung ist damit vorüber. Aber auch jetzt noch bietet die Therapie gute Aussicht selbst auf völlige Heilung, vorausgesetzt, dass der Patient nicht zu lange bis zum ersten Arztbesuch vergehen ließ oder auch eine Behandlung unter anderer Diagnose über längere Zeit hin durchgeführt wurde.

Zwei Patienten kann ich hier erwähnen, die vor der ersten ärztlichen Konsultation in längerer Behandlung eines Heilpraktikers standen, - ohne Erfolg. Von anderen Patienten war Ähnliches nicht zu erfahren.

Es wird also stets auf die möglichst frühzeitige Erkennung der Geschwulst durch den Arzt ankommen. Wie steht es damit bei diesen 100 Fällen? Es wurden im ganzen 55-mal praktische Ärzte zu Rate gezogen. In der folgenden Tabelle wird gezeigt, wie oft jeweils in den einzelnen Gruppen von Geschwülsten der praktische Arzt zugezogen wurde (Spalte a), wie oft er sofort oder innerhalb von 8 Tagen den Tumor erkannte oder doch innerhalb von 8 Tagen den Patienten ohne Diagnosenstellung einem Facharzt überwies (b). Die vier folgenden Spalten geben Auskunft, nach welcher Behandlungszeit weitere Fälle unter richtiger Verdachtsdiagnose zum Facharzt geschickt wurden. In Spalte g führe ich all die Fälle auf, die zwar vom prakt. Arzt über eine mehr minder lange Zeit unter anderer Diagnose beobachtet wurden, aber dann dem Facharzt bezw. der Klinik überwiesen wurden. Schließlich soll die letzte Spalte darüber aufklären, wieviel Geschwulstfälle nicht erkannt, auch nicht einem Facharzt oder der Klinik überwiesen wurden. Keine Aufklärung gibt dagegen diese Tabelle über das Stadium des Tumors bei Eintritt des Kranken in ärztliche Behandlung.

Die Patienten, von denen die letzte Spalte h berichtet, standen entweder längere Zeit, in einigen Fällen nur kurz, in ihrer Behandlung, ohne dass die Maßnahmen des Arztes Erfolg hatten. Die Patienten blieben daher der Sprechstunde einfach fern. In der Zwischenzeit vergehen vielfach Wochen und Monate bis sich schließlich die Patienten zu einem anderen Arzt, jetzt meist zu einem Facharzt oder in die Klinik begeben.

Tabelle 1.

	Fälle insgesamt	Erkennung des Tumors						
		sofort oder innerhalb 8 Tagen	nach 1 Mt.	nach 3 Mt.	nach 6 Mt.	nach länger als 6 Mt.	einem Facharzt unter anderer Diagnose überwiesen	nicht diagnostizierte und nicht überwiesene Fälle
	a	b	c	d	e	f	g	h
Nase	6	2	1		1	1		1
Epipharynx	6	4					1	1
Mesopharynx	12	4				1	3	4
Hypopharynx	1							1
Äusserer Kehlkopf	8					1	3	4
Innerer Kehlkopf	10	2					1	7
Oesophagus	11			2			3	6
Halsdrüse .	1	1						
insgesamt	55	13	1	2	1	3	11	24

Es ist obiger Tabelle zu entnehmen, dass besonders häufig bei den inneren und äusseren Larynx- und Oesophagustumoren den praktischen Ärzten Fehler in der Diagnose unterlaufen sind. Dabei ist z.B. für die inneren Kehlkopfcarcinome festzustellen, dass die Anamnesenzeit durchschnittlich 3.2 Monate beträgt, die Patienten mit Ausnahme von 3 bereits eine über 6 Wochen bestehende Heiserkeit angeben (ohne Berücksichtigung etwaiger weiterer Erscheinungen seitens des Tumors), als sie zum ersten Mal in die Sprechstunde kommen. Ich darf hier nochmals auf den Grundsatz verweisen,

dass jede über Wochen fortdauernde Heiserkeit bei älteren Leuten verdächtig auf Ca oder eine spezifische Erkrankung ist. Es wird also darauf ankommen, viel häufiger gerade auch mit Berücksichtigung des Alters der betreffenden Patienten an die Möglichkeit einer bösartigen Neubildung zu denken, wenn auch gerade bei den Larynxcarcinomen Erscheinungen auftreten, wie sie sich auch bei gewöhnlichen katarrhalischen Entzündungen einstellen. Diese Tatsache dürfte wohl auch ein Grund dafür sein, dass gerade die Tumoren des äusseren und inneren Kehlkopfes so oft nicht oder erst spät vom Arzt erkannt werden. In Zweifelsfällen ist möglichst bald ein Facharzt zuzuziehen. Ebenso ist die Forderung L e i c h e r s u.a. berechtigt, bei länger bestehenden unklaren Schluckbeschwerden, gelegentlich verbunden mit Sprechstörungen, frühzeitig die Speisewege fachärztlich untersuchen zu lassen.

Von den insgesamt 100 Fällen wird 13-mal der Tumor vom prakt. Arzt sofort oder innerhalb 8 Tagen erkannt oder doch in dieser Zeit der Kranke einem Facharzt bezw. der Klinik als vom Facharzt zu behandelnde Erkrankung erkannt und überwiesen. In weiteren 7 Fällen wird der Tumor nach mehr minder langer Beobachtungszeit erkannt oder richtiger Verdacht geäussert. Am günstigsten steht es mit der frühzeitigen Erkennung bei den Tonsillentumoren. Es ergibt sich, dass von den 55 zugezogenen praktischen Ärzten 31-mal überhaupt eine Überweisung an einen Facharzt oder die Klinik erfolgt ist, während 24-mal die Patienten der ärztlichen Sprechstunde von sich aus einfach fernblieben.

Günstiger liegen die Dinge naturgemäß beim Facharzt, der von 59 Patienten um Rat gefragt wird und - wie ich in folgender Tabelle berichten kann, die nach denselben Gesichtspunkten wie diejenige über die praktischen Ärzte aufgestellt ist - 47-mal zu

einer richtigen Diagnose oder Vermutung kam, teilweise allerdings nach längerer Zeit. In 4 Fällen überwies er den Patienten nach Behandlung unter anderer Diagnose schließlich ohne Erkennung der bösartigen Neubildung der Klinik. Die nicht erkannten und nicht überwiesenen Geschwulstfälle sind in der letzten Spalte (h) aufgezählt.

Tabelle 2.

	Fälle insgesamt	Erkennung des Tumors: sofort oder innerhalb 8 Tagen	nach 1 Mt.	nach 3 Mt.	nach 6 Mt.	nach länger als 6 Mt.	einem Facharzt unter anderer Diagnose überwiesen	nicht diagnostizierte und nicht überwiesene Fälle
	a	b	c	d	e	f	g	h
Nase	4	2	1	1				
Epipharynx	7	5						2
Mesopharynx	15	11	1	1			1	1
Hypopharynx	4	3					1	
Äusserer Kehlkopf	11	5	1	1	1	1		2
Innerer Kehlkopf	15	7	2	1	1	1	1	2
Oesophagus	3			1			1	1
insgesamt	59	33	5	5	2	2	4	8

Somit erfolgte eine Überweisung an die Klinik in den 59 Fällen 51-mal. 8 Patienten blieben der fachärztlichen Sprechstunde von sich aus fern. Dass Fälle von Oesophagus-Ca so wenig in die fachärztliche Sprechstunde kamen, erklärt sich daraus, dass sich die Leute mit derartigen, durch den Tumor ausgelösten Schluckbe-

schwerden eher in eine Medizinische Klinik oder ein Krankenhaus (11-mal) begaben, von wo sie dann in 9 Fällen der H.N.O.-Klinik überwiesen wurden und zwar 8-mal unter richtiger Diagnose auf Grund von Roentgendiagnostik bei einer Beobachtungszeit von längstens einem Monat. Aber auch Fälle, in denen der Tumor einen anderen Sitz hatte, im ganzen 12 Fälle, waren zur Untersuchung oder Behandlung bei anderen Spezialärzten oder Krankenhäusern. Davon wird 4-mal der Verdacht auf bösartige Neubildung geäussert, sofort oder innerhalb von 10 Tagen, 3-mal bis zu einem Monat und in 1 Falle erst nach einem Jahr durch den Hautarzt nach erfolgloser Behandlung auf Lues. Somit wird insgesamt von den 12 Fällen 8-mal der Tumor durch diese erkannt oder doch der richtige Verdacht auf einen solchen geäussert und darauf der Klinik überwiesen.

Aus diesen Zusammenstellungen ist zu folgern, dass doch in vielen Fällen früher an einen bösartigen Prozess gedacht werden muss. Denn in den meisten Fällen sind schon Wochen oder Monate vergangen, bis endlich ein praktischer Arzt oder Facharzt zu Rate gezogen wird. Meistens wird als erster Arzt ein praktischer Arzt um Rat gefragt. Auf die Frage nach der Ursache der oft langen Zeit bis zur Sicherstellung der Diagnose ist zu sagen, dass erst spät stärkere subjektive Symptome durch viele Geschwülste ausgelöst werden, andererseits die Indolenz der Kranken diese häufig erst spät in die ärztliche Sprechstunde gehen lässt, zweitens aber vielfach unter anderer Diagnose über mehr minder lange Zeit besonders beim praktischen Arzt behandelt wird. Sicher ist, dass ein großer Teil dieser erst verkannten Fälle frühzeitiger richtig erkannt würde, würde auch mehr an diese Möglichkeit gedacht.

Dass es manchmal auch an der gründlichen Untersuchung offenbar gefehlt hat, steht fest, z.B. ein besonders drastischer Fall: 57-jähriger Patient hat

als Hauptsymptom seit 3 1/2 Monaten zunehmende Heiserkeit, war früher nicht heiser, wird 5 Wochen bis zu seinem Fernbleiben von einem praktischen Arzt behandelt, ohne dass er ihm jemals in den „Mund" gesehen haben soll. Ist eine genaue Untersuchung den praktischen Ärzten wegen der dazu erforderlichen spezialistischen Methoden nicht möglich, so muss eben der Patient möglichst bald einem Facharzt oder der Klinik zur Untersuchung überwiesen werden, besonders wenn die bei Katarrhen angewandte Therapie nicht bald Besserung bringt. Dahin gehen auch die Bestrebungen, gerade den praktischen Arzt, der meistens als erster Arzt konsultiert wird, dem als Hausarzt oft auch beiläufig bei Behandlung eines anderen Familienmitgliedes irgend eine Erscheinung, eine Schwellung u.ä. gezeigt wird, in Fortbildungskursen auf die Früherkennung der bösartigen Geschwülste hinzuweisen. Zum III.Internationalen Kongress für ärztliche Fortbildung 1937, wobei in Vorträgen diesem Problem breiter Raum gelassen wurde, äusserte man sich dahingehend, dass jeder Arzt so weit kommen muss Tuberkulose und Krebs frühzeitig zu erkennen.

Von D i e t e l und D i e t s c h wird, um die frühzeitige Erkennung des Uteruskrebses zu fördern, angeregt, dem prakt. Arzt Formblätter zur Verfügung zu stellen, in denen jeder krebsverdächtige Fall vermerkt, durchgeführte Untersuchungsmethoden angegeben und dem Amtsarzt gemeldet werden soll. Vielleicht ließe sich auch etwas ähnliches für das Gebiet der Hals-Nasen-Rachen-Geschwülste einführen, um damit die Möglochkeit der ärztlichen Zusammenarbeit zu fördern, an bösartige Neubildung zu erinnern, indem dieses Mitteilungsblatt dem Facharzt bezw. der Klinik bei Überweisung des Patienten zugeschickt wird. Denn gerade hierbei ist die Zusammenarbeit der Ärzte von Wichtigkeit, wie sie auch allgemein von K r e c k e in seinem Buch „Vom Arzt und seinen Kranken" in einem besonderen Kapitel

besprochen und gefordert wird. Leider kommen heute noch einige Fälle vor, in denen diese Zusammenarbeit in keiner Weise erstrebt wurde. Ein Patient wechselt aus irgend einem Grund von sich aus den Arzt oder die Klinik, von der er bisher behandelt wurde. Die vom jetzt aufgesuchten Arzt erhobene Vorgeschichte ergibt zwar, dass dieser Patient bisher da und da in Behandlung war, doch jetzt erfolgt an den früher behandelnden Arzt vielfach keine Rückfrage, es wird jetzt eine neue Therapie eingeleitet, die oft keine zweckmäßige Weiterbehandlung darstellt. Als Beispiel verweise ich hier auf zwei besonders prägnante Fälle:

1) Ein 27-jähr.Mann wurde hier in der Klinik wegen Retothelsarkom der rechten lateralen Pharynxseite über 2 Jahre mit Roentgen in 6 Serien bis 1936 bestrahlt. Eine erneute Aufforderung zur Nachbestrahlung befolgt Patient nicht, die Klinik hört nichts mehr von ihm. Etwa ein halbes Jahr nach seiner letzten Bestrahlung in der Klinik sucht er wegen zunehmender Beschwerden einen Facharzt auf, wird von ihm in einem Krankenhaus wegen Grippe und Mittelohrentzündung etwa 6 Wochen lang behandelt. Mit Halswickel und Blaulichtbestrahlungen kein Erfolg. Schließlich Einweisung in die Klinik in schlechtem Allgemeinzustand und erneutem Tumorwachstum. Eine Rückfrage wegen der früheren Behandlung in der Klinik erfolgte nicht!

2) Ein weiterer ähnlicher Fall:

52-jähr. Mann wird wegen Epipharynxsarkom bis zum Winter 1936 nach Abtragung des Tumors in Serien Radium-nachbestrahlt. Aus irgendwelchen persönlichen Gründen bleibt Patient eines Tages derselben fern. Als er im Juni 1937 in ziemlich schlechtem Zustand wieder in die Klinik kommt, stellt sich heraus, dass er 5 Monate in einem Krankenhaus auf

innerer Abteilung mit Blaulicht und einigen Medikamenten behandelt wurde. Seine vorhergehende Behandlung gab Patient dort an. Rückfragen von Seiten des Krankenhausarztes an die Klinik erfolgten nicht.

Es liegt auf der Hand, dass solche Fälle, in denen durch mangelnde Zusammenarbeit der einzelnen Ärzte die anfangs eingeleitete besserungbringende Behandlungsart nicht fortgeführt wird, wohl leicht zu vermeiden wären. Wenn auch für jeden Arzt die Forderung erhoben werden muss, möglichst bald zu klarer Diagnose zu kommen, bei vorliegenden Schwierigkeiten der Untersuchung die betreffenden Kranken einem Facharzt oder einer Klinik zu überweisen, und nicht über längere Zeit trotz Fehlens von Besserung auf chronischen Katarrh usw. zu behandeln. Würde vielmehr speziell bei älteren Leuten an die Möglichkeit einer bösartigen Geschwulst gedacht, so dürften sicher die Zahlen noch weiter absinken, die jetzt noch über Behandlung unter anderer Diagnose über Wochen, ja sogar Monate Auskunft geben, bis schließlich der Verdacht auf Tumor zu näherer Untersuchung veranlasst, der Tumor in weit vorgeschrittenem Zustand, womöglich inoperabel, schließlich geeigneter Behandlung zugeführt werden kann.

Wie ich angeben konnte, blieben von den einen praktischen Arzt konsultierenden 55 Patienten 24 von sich aus der ärztlichen Sprechstunde fern, ohne dass der Arzt seine Behandlung etwa abgeschlossen hätte. Aus den Angaben der Patienten ist dann häufig zu entnehmen, dass sie eben keine Besserung verspürt hätten und daher die Behandlung für zwecklos hielten. In manchen Fällen sind dann die Patienten in Behandlung von Naturheilkundigen geraten, sicherlich trifft diese Tatsache noch häufiger zu, als ich es von den Kranken erfahren konnte, da eben viele darüber in der Klinik vielleicht nicht reden wollen. Ein anderer

Teil der Patienten bleibt durch den Mißerfolg der ärztlichen Verordnungen entmutigt, weiterhin unbehandelt, ohne jegliche ärztliche Überwachung, bis schließlich weitere Zunahme der Beschwerden ihn erneut ärztlichen Rat einzuholen zwingt. Alle derartigen Fälle sollten möglichst in Zukunft vermieden werden. Aber in vielen Fällen bleiben eben die Patienten auch ganz grundlos der Behandlung fern. So wird z.B. von einem Frauenarzt, der in einer Zusammenstellung über grundloses vorzeitiges Fernbleiben aus der Behandlung dafür 32.5 % der Fälle angibt, mit Recht als „Krebsschaden" bezeichnet. In den allermeisten Fällen trägt der Patient selbst die Schuld an der späten Sicherstellung der Diagnose, wenn auch in vielen Fällen ein Arzt durch Behandlung unter anderer Diagnose eine Verzögerung der Sicherstellung herbeiführte.

Nur 21 der 100 Patienten gelangen unter einem Monat in die Hände eines Arztes, andere befolgen den Rat des Arztes zum Facharzt oder in die Klinik zu gehen, nicht sofort, warten wieder Wochen und Monate damit, wobei bei einem Teil der Kranken die Angst vor einer Operation mitspielt. Gegen solche Fälle wird sich auch zukünftig nichts machen lassen, die Einsicht und der gute Wille der Kranken ist stets zur Durchführung der richtigen Behandlung Grundbedingung. Ist aber die bösartige Geschwulst erst erkannt, die Diagnose sichergestellt, dann treten zur Durchführung der erforderlichen Behandlung und Nachbehandlung die jetzt allenthalben in deutschen Gauen eingerichteten Krebsfürsorgestellen in Tätigkeit. Nötigenfalls wird auch zusätzliche Hilfe bei Versicherten vom Landesfürsorgeverband gewährt. Mit der Einrichtung dieser Landesfürsorgeverbände ist die Krebsbekämpfung unabhängig von der Kostenfrage gemacht worden.

Mit dieser Arbeit hoffe ich an Hand einer größeren Reihe von Fällen bösartiger Geschwülste der oberen Luft- und Speisewege durch Feststellung des Verbleibs der Patienten vom Auftreten von Tumorsymptomen bis zur Sicherstellung der Diagnose Hinweise gegeben zu haben, dass eine frühere Erkennung dieser Geschwülste durch den Arzt vielfach wohl möglich und nötig ist.

Herrn Dozent Dr. A. G r e i f e n s t e i n danke ich an dieser Stelle für die Überlassung des Themas, für seine wertvollen Ratschläge, die er mir bei Ausführung der Arbeit zuteil werden ließ, sowie für die liebenswürdige Übernahme des Referats.

Schrifttum.

Aschoff, L. Krebsfragen. Med.Klin.1934, Nr.27.

Denker, A. u. O. Kahler, Handbuch der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde 1929, 5.u.9.Bd.

Dietel-Dietsch, Ein Beitrag zur Carcinomverschleppung. Dtsch.med.Wschr.1935, S.698.

Hagmann, Frühdiagnose des Kehlkopfkrebses. Monatsschr.f.Krebsbekämpfung 1935. S.1.

Hahn, Einige Worte zur Früherfassung unserer Krebskranken. Monatsschr.f. Krebsbekämpfung 1934, S.262.

Haubold, Erste Ergebnisse der Auswertung von 3200 Krankenhausmeldekarten. Monatsschr.f.Krebsbekämpfung 1936, S.353.

Haupt, W. Die Bekämpfung der Krebserkrankung in der Frauenheilkunde, Wege und Aussichten. Med.Klin.1937, Nr.29.

Hintze, Zweckmäßigste Methode der sozialen Krebsbekämpfung. Monatsschr.f. Krebsbekämpfung 1935, S.15.

Leicher, Die Schuld des Facharztes bei Verkennung bösartiger Geschwülste der oberen Luft- und Speisewege. Verh. d.Ver.südwestdeutscher H.-N.-O.-Ärzte 1935. 22.Vers., S.63.

Lönne, Fr. Wirksame gesetzmäßige Krebsbekämpfung. Med.Welt 1936, S.1507.

Naujoks, H. Über die verschiedenen Wege der heutigen Krebsbekämpfung. Med.Welt 1936, Nr.39.

Nodekurt, M. Das Fortbleiben aus der Behandlung ein Krebsschaden. Pharma-Medico, Nov.34, Nr.3, S.50.

Le Roy A Schall, Carcinoma of the Tonsil. A statistical Study of 230 Cases. Ztschr. New English J.Med.1934, 211/992.

Rudert, H. Zur Klinik des Speiseröhrenkrebses. Der H.N.O.-Arzt, 1.Teil. Originale Bd.28, H.1.

Sand, Ztschr.f.Krebsforschung 1936, S.933.

Zuppinger, Maligne Pharynx- und Larynxtumoren 1929.

Lebenslauf.

Am 21. Oktober 1912 wurde ich zu Dresden als Sohn des damaligen Leutnants Paul Alexander Apelt und seiner Ehefrau Käthe, geb. Lehmann, geboren. Von 1919 bis 1922 besuchte ich die Volksschule, von Ostern 1922 bis 1931 das humanistische Bertholds-Gymnasium zu Freiburg i.Br. Das erste vorklinische Semester brachte ich in Freiburg zu, die übrigen in Marburg. Während der klinischen Semester studierte ich in Marburg, Königsberg und München. Mein Staatsexamen legte ich im Sommer 1937 an der Universität München ab, trat am 1. November 1937 ins Heer ein, um aktiver Sanitätsoffizier zu werden.